

Inquérito domiciliar de distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados: desenho e protocolo de pesquisa

Household survey on self-declared communication disorders: study design and protocol

Bárbara Niegia Garcia de Goulart¹, Vanessa de Oliveira Martins-Reis², Brasília Maria Chiari³

RESUMO

Objetivo: Apresentar as ferramentas metodológicas e de investigação de um inquérito domiciliar de distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados, implementado no sul do Brasil. **Métodos:** Para a condução do estudo foi realizada uma longa etapa de planejamento e de atividades piloto, que incluíram seleção e treinamento de equipe de campo, elaboração, teste e reteste de instrumento de aferição de distúrbios fonoaudiológicos auto-declarados. Técnicas de abordagem e preenchimento dos questionários também foram testadas e aplicadas, em razão da dimensão do estudo.

Resultados: O tempo médio de entrevista variou de 15 a 35 minutos, dependendo da experiência dos entrevistadores e diminuiu para ambos os grupos, depois de algum tempo de trabalho de campo. A ocorrência de “não sabe ou não respondeu” variou de 0,2% (IC 95% 0,0;1,6) a 6,1% (IC 95% 2,8;11,3), foi menor para as questões relativas à história de rouquidão e zumbido respondida por substitutos e maior para a questão relacionada à percepção de alteração na emissão vocal associada ao envelhecimento. **Conclusão:** Inquérito domiciliar é um método viável e relevante para verificar a carga dos distúrbios fonoaudiológicos na população em geral, embora seja necessário contar com amplo conhecimento dos aspectos relacionados a essa metodologia de estudo, bem como de elementos importantes para a seleção e formação contínua dos entrevistadores, a fim de aumentar a participação da população investigada.

Descritores: Epidemiologia; Inquéritos epidemiológicos; Fonoaudiologia; Voz; Fala; Audição

ABSTRACT

Purpose: This paper presents the methodology and research tools of a self-reported household survey of speech, language, swallowing and hearing (SLS-H) disorders implemented in southern Brazil. **Methods:** For the conduction of the study itself, a long step of planning and pilot activities was conducted. This included selection and training of field staff, development, test and retest measurement instrument of self-reported SLS-H disorders and approach techniques and completion of the questionnaires have been tested and applied, because of the complexity of the study. **Results:** The average time of interview varied from 35 to 15 minutes depending of interviewers experience and for both groups after some fieldwork the average time spent declined. The occurrence of “do not know or didn’t inform” answer ranged from 0.2% (95% CI 0.0;1.6) and 6.1% (95% CI 2.8;11.3). Its lowest occurrence was for questions relating to the history of hoarseness and tinnitus by proxy. Incidence was higher for the question related to the perception of change in vocal emission associated with aging. **Conclusion:** Household survey is feasible and relevant to verify the burden of SLS-H disorders in the general population, although it required extensive knowledge of the study, selection and ongoing training of interviewers to increase the chance of participation, and logistics for the analysis and classification of the information collected.

Keywords: Epidemiology; Health surveys; Speech, Language and Hearing sciences; Voice; Speech; Hearing

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil e Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Departamento de Comunicação Humana e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brazil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brazil.

(3) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brazil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição de cada autor: BNGG e VOMR participaram do desenho do estudo e elaboração dos protocolos, coordenação da coleta dos dados, elaboração do manuscrito e revisão da versão final; BMC acompanhou todos os passos do estudo e revisou a versão final do manuscrito.

Endereço para correspondência: Bárbara Niegia Garcia de Goulart. R. Ramiro Barcelos, 2600, sala 211, CEP: 90035-003, Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: bngoulart@gmail.com

Recebido em: 9/6/2015; **Aceito em:** 9/11/2015

INTRODUÇÃO

Inquéritos sobre distúrbios da comunicação e fatores associados, tais como fatores sociodemográficos, ou coocorrência com doenças cardiovasculares, neurológicas ou traumatismo cranioencefálico são relativamente raros⁽¹⁻⁴⁾, embora alguns estudos de escolares⁽⁵⁻⁷⁾ e de outros segmentos específicos da população tenham sido publicados nas últimas décadas⁽⁸⁾.

Por essas razões, a estimativa da população de ocorrência desses tipos de problemas e seu impacto sobre a vida dos indivíduos, suas famílias e, até mesmo, a estimativa sobre a demanda por serviços de saúde, especialmente em relação à reabilitação, ainda são desconhecidas⁽⁴⁾.

Os inquéritos epidemiológicos cumprem papel fundamental no conhecimento da distribuição da morbidade referida, na aferição de medidas, na avaliação de acesso e no grau de satisfação com a assistência recebida, além de contribuir para o levantamento de dados para avaliação do acesso, da utilização e da capacidade de resolução dos serviços de saúde e da atualização periódica e comparações sequenciadas no tempo e entre áreas geográficas⁽⁹⁻¹¹⁾.

A autoavaliação ou autodeclaração baseia-se na percepção de saúde do indivíduo e caracteriza-se como uma medida subjetiva. Quando essa informação é fornecida por um informante substituto (*proxy*), vale considerar que a subjetividade também está sujeita à percepção do indivíduo sobre a saúde do outro.

Este artigo apresenta ferramentas metodológicas e de pesquisa de um inquérito domiciliar autodeclarado de alterações da fala, linguagem, deglutição e audição (chamados estudo DCH-POP), implementado no Brasil.

MÉTODOS

Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Feevale, sob o protocolo no 4.07.01.07.635. A metodologia utilizada para inquéritos populacionais foi detalhadamente estudada e adaptações dos métodos para a realização do censo no Brasil foram incorporadas^(2,10,12).

O desenho do estudo incluiu dados de levantamentos regionais, dados metodológicos de pesquisas nacionais e internacionais, relacionados a distúrbios da comunicação humana⁽³⁻⁸⁾ e estudos específicos relativos a algumas das questões presentes neste projeto^(1,2,9-15).

O estudo contou com amostragem probabilística, estratificada por múltiplos estágios^(10,13), inicialmente determinada a partir da análise da distribuição etária e de escolaridade, na cidade de Porto Alegre (sul do Brasil), com representatividade nos bairros da cidade, em conformidade com o Censo de 2000.

Para obter estimativas para subpopulações definidas por sexo e idade, foram considerados os seguintes grupos: população com menos de 1 ano de idade; população de 1 a 11 anos; homens de 12 a 19 anos; mulheres de 12 a 19 anos; homens de

20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; homens de 60 anos ou mais; mulheres de 60 anos ou mais.

A amostragem de pessoas e domicílios baseou-se nas premissas descritas para o inquérito domiciliar da saúde do adulto⁽¹⁶⁾.

Como a maior parte dos estudos descreve indivíduos com determinada característica, o tamanho da amostra foi determinado pela utilização da expressão algébrica: $N_0 = P \cdot (1 - P) / (d/z)^2$. deff, em que P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem admitido e deff é o efeito do delimitamento. Considerou-se:

- coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z=1,96$);
- erro de amostragem de 10%, indicando que a distância entre a estimativa da amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor ($d=0,10$);
- que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais seria de 20% ($P=0,20$).

A composição da amostra (aproximadamente 2500 sujeitos), de forma que se pudesse obter a estimativa da prevalência de distúrbios fonoaudiológicos segundo faixa etária, sexo e comorbidades, está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. População residente na área urbana, por sexo e idade

Grupo Sexo/idade	Distribuição por faixa etária		n por estrato da amostra *
	Cidade de Porto Alegre	DCH-POP Amostra domiciliar	
<1	42,5	1,70%	17
1 a 11	487,5	19,50%	195
M/ 12 a 19	202,5	8,10%	81
F/ 12 a 19	202,5	8,10%	81
M/ 20 a 59	657,5	26,30%	263
F/ 20 a 59	700	28,00%	280
M/ 60 e +	85,0	3,40%	34
F/ 60 e +	112,5	4,50%	45
Subtotal	2493	-	-
Ignorado	6,0	0,25%	4
Total	2499	100%	1200*

Legenda: M = masculino; F = feminino; DCH-POP = Inquérito populacional de distúrbios fonoaudiológicos

A divisão por sexo no grupo de 12 a 19 anos foi feita considerando-se 50% por sexo, devido a não disponibilidade de tal informação na base de dados do IBGE.

*Adição de 20% para prevenção de perdas

Esse tamanho de amostra provavelmente produziu estimativas generalizáveis para populações não institucionalizadas, por sexo e faixa etária, para cada um dos cinco grupos de idade, em distúrbios que têm prevalência de 3% ou mais, com um coeficiente de variação da estimativa de 20%^(4,13).

Em uma segunda etapa, um bairro de Porto Alegre que

representa o conjunto de moradores do município em relação à distribuição etária e socioeconômica (avaliada a partir da escolaridade média) foi escolhido. Após a seleção do bairro para o desenvolvimento do estudo, os mapas dos setores censitários da região foram destacados e uma amostragem aleatória foi novamente conduzida.

Pessoas consideradas elegíveis deveriam morar em um domicílio do bairro selecionado. Em edificações residenciais com várias unidades, as pessoas foram listadas do andar mais baixo para o mais alto. Unidades não residenciais foram excluídas.

Todos os residentes nos domicílios selecionados eram elegíveis para o estudo, sendo fator de exclusão a recusa em participar, ou a ocorrência de três visitas ao domicílio em horários alternados, sem sucesso para contato com os moradores.

Foi escolhido um respondente por domicílio, selecionado conforme sua disponibilidade em informar os dados de todos os outros moradores (respondente esse, também denominado *proxy* ou substituto)^(1,14,15).

Diante da indisponibilidade de um instrumento para cumprir com o objetivo do estudo, foi decidido criar uma ferramenta para auxiliar na identificação dos distúrbios da fala, independentemente da formação do entrevistador em fonoaudiologia. Portanto, os autores do estudo criaram uma versão inicial da ferramenta e discutiram as questões em relação ao público alvo e propósito do estudo. Mais tarde, as questões do instrumento foram apresentadas ao grupo de pesquisa para graduados em fonoaudiologia e aplicadas em um pequeno grupo piloto (que não iria participar do estudo).

Os distúrbios fonoaudiológicos na população foram definidos como qualquer alteração perceptível e por qualquer causa orgânica e/ou funcional, para a comunicação oral e/ou escrita, audição e/ou equilíbrio. Esses distúrbios foram levantados em estudo piloto anterior conduzido por este grupo de pesquisa para fins de identificação destes dados para o estudo DCH-POP. Foram utilizados dois questionários padronizados e pré-codificados: Questionário de Distúrbios da Comunicação Humana em Crianças (DCH-POP-C), para bebês e crianças até 24 meses de idade, e Questionário de Distúrbios da Comunicação Humana (DCH-POP), para crianças a partir dos 25 meses e adultos (Anexos 1 e 2).

Ambos os questionários contam com um bloco geral de questões de identificação do domicílio, localização, número de moradores, idade e sexo de todos os residentes, bem como o histórico de atendimento fonoaudiológico.

O questionário DCH-POP buscou:

- Dados de identificação e de nascimento, idade na data da entrevista, sexo e escolaridade;
- Histórico de doenças e/ou agravos potencialmente relacionados a DF;
- Linguagem oral (compreensão e emissão);
- Linguagem escrita e aprendizagem escolar;
- Dados gerais de voz e histórico de alterações vocais (disfonia). Somente para as mulheres foram verificadas questões

sobre alterações perceptíveis da voz durante o ciclo menstrual. Para os adultos com 60 anos ou mais foram incluídas questões sobre mudanças perceptíveis de *pitch* e *loudness*, ao longo da vida;

- Fala, fluência e histórico familiar de gagueira;
- Motricidade orofacial, ausência parcial ou total de dentes, uso de prótese e/ou aparelho ortodôntico, dor, estalo ou dificuldades de mastigação e/ou deglutição e preferências por consistências específicas de alimentos;
- Audição, zumbido e equilíbrio.

O questionário DCH-POP-C procurou determinar:

- Histórico de doenças crônicas, infectocontagiosas e refluxo gastroesofágico;
- Histórico de gestação e parto;
- Desenvolvimento neuropsicomotor;
- Sucção, amamentação, mastigação, deglutição, uso de chupeta, mamadeira e intervenção fonoaudiológica;
- Aspectos otológicos, de audição e de equilíbrio.

As questões referentes aos distúrbios fonoaudiológicos e outras comorbidades tinham como possibilidade de resposta: “não”; “sim”; “às vezes” e “não sabe informar”, este último aplicável quando o respondente não tinha certeza ou conhecimento sobre o agravo perguntado.

Os entrevistadores, graduandos da área da saúde, foram apresentados à versão inicial dos protocolos de entrevista para identificação das questões pesquisadas e possibilidades de respostas, recebendo treinamento para a aplicação dos questionários, com reciclagem sistemática.

O treinamento consistiu em, pelo menos, seis horas de capacitação com o pesquisador principal, para conhecimento dos objetivos gerais e metodologia do estudo, bem como manuseio dos documentos e protocolos utilizados nas atividades de campo (visitas domiciliares e entrevistas). Todas as questões dos instrumentos de levantamento das informações foram identificadas e repassadas com cada um dos entrevistadores. Em linhas gerais, o treinamento dos entrevistadores enfatizou a importância de anotar com precisão o referido pelos entrevistados.

O treinamento contou com abordagens diversas, objetivando desenvolver habilidades para que se pudesse obter o máximo de colaboração possível para responder às questões, reduzindo, ao máximo, as taxas de recusa^(1,12,14), que poderiam comprometer a validade dos achados do estudo.

Foram trabalhados, também, os diversos cenários possíveis sobre a abordagem inicial do responsável pelo domicílio selecionado, para obtenção do consentimento para participação^(12,14). Acesso e apropriação de cada uma das perguntas constantes nos protocolos de entrevista, bem como possíveis dificuldades no acesso aos domicílios (em edifícios, casas isoladas e condomínios), também foram assuntos abordados. Todos esses aspectos buscavam ampliar o conhecimento dos entrevistadores sobre os fundamentos teóricos e metodológicos do inquérito

populacional, bem como as expectativas de contribuição do estudo para o avanço do conhecimento na área^(12,14).

A reciclagem sistemática dos entrevistadores consistiu em reuniões presenciais a cada três semanas, com a equipe de entrevistadores e gerente de campo, a fim de retomar a metodologia de todas as etapas do estudo, além de reuniões virtuais semanais, nas quais foram retomados tópicos específicos de cada uma das etapas da coleta de dados (ex: abordagem do porteiro e/ou síndico de edifícios, assinatura de termos de consentimento, anotações de todas as informações nos protocolos etc). Isso foi feito para assegurar a metodologia de todas as fases do estudo.

Os objetivos da pesquisa e o tipo de informação solicitada foram apresentados aos indivíduos selecionados aleatoriamente, sendo solicitado o consentimento de participação no estudo. A confidencialidade das informações levantadas foi assegurada com a análise e divulgação apenas de dados consolidados, sem possibilidade de identificação dos indivíduos pesquisados.

Os dados do estudo piloto foram codificados diretamente nos questionários e digitados em planilha Excel. A análise foi realizada utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). A população entrevistada foi dividida em faixas etárias, buscando contemplar as etapas do ciclo vital, com subpopulações definidas por sexo e idade.

Os trabalhos de pesquisa para início do estudo iniciaram-se em 2008, com a busca de elementos teóricos que subsidiassem o planejamento e a seleção amostral, a busca por instrumento validado que contemplasse os objetivos do estudo (verificar a ocorrência de distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados), bem como os relatos de inquéritos populacionais e as formas de transpor os desafios inerentes à condução de estudos complexos, como os inquéritos populacionais.

Após pesquisa na literatura, foi realizada busca no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), *National Institutes of Health* (NIH), *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) e *National Health Services* (NHS).

Visto que não foram encontrados inquéritos populacionais de distúrbios fonoaudiológicos, foram pesquisados dados relativos à metodologia empregada em inquéritos populacionais de outros transtornos^(10,16,17).

RESULTADOS

Após ajustes preliminares do instrumento para crianças até 24 meses e para adultos, uma equipe com quatro graduandos foi a campo para executar o estudo piloto (t1), após o treinamento

inicial, totalizando 40 domicílios visitados. Após a análise das dificuldades e possíveis empecilhos à execução do estudo, foram implementadas modificações metodológicas (t2). Os dados são apresentados na Tabela 2.

O tempo médio de entrevista para a equipe de graduandos foi de 35 minutos e, dentre os pesquisadores mais experientes, foi de 15 minutos. Para ambos os grupos, após algum tempo de trabalho de campo, o tempo médio despendido para as entrevistas diminuiu.

O número de recusas para a equipe de graduandos foi superior ao dos pesquisadores mais experientes. O principal motivo de recusa esteve relacionado ao momento em que os sujeitos foram abordados (horário, atividades desenvolvidas) e às baixas condições de saúde não associadas aos distúrbios fonoaudiológicos.

Na primeira tentativa de entrevista, 18% dos domicílios estavam fechados e em caso de domicílio aberto, 65% dos moradores diretamente entrevistados tinham mais de 60 anos.

Após as modificações metodológicas (t2) o questionário foi aplicado em 40 novos sujeitos (aproximadamente 10 domicílios), a fim de se verificar os itens do instrumento.

A ocorrência de resposta do tipo “não sabe informar” variou entre 0,2% (IC95%0,0;1,6) e 6,1% (IC95%2,8;11,3), sendo menor para as questões referentes ao histórico de rouquidão e de zumbido (F5 e I7), com ocorrência somente quando da entrevista com *proxy*. A maior ocorrência foi para a questão relacionada à percepção de mudança na emissão vocal associada ao envelhecimento (F9). Esta última questão somente foi feita para sujeitos acima dos 60 anos e a maioria referiu que não identificava modificação, até serem perguntados sobre esta questão.

Poucas entrevistas foram efetivadas em feriados e períodos de férias, visto que muitos domicílios elegíveis estavam fechados, necessitando retorno em nova data, o que ocasionou a ampliação do período inicialmente previsto para a coleta de dados. A relação entre período do ano e ocorrência de domicílios fechados na primeira tentativa de entrevista foi quatro vezes maior em janeiro (verão no Brasil), quando comparada ao mesmo período (horário de visitas) no mês de abril.

A questão “número de cômodos no domicílio” apresentou grande variabilidade de interpretação, pois algumas áreas nem sempre são percebidas como cômodos. Desta forma, optou-se por excluir essa informação do estudo.

Parte da produção dos entrevistadores foi submetida à entrevista de controle, sendo que o grau de concordância entre as respostas foi acima de 95%.

Tabela 2. Dados do primeiro estágio do estudo piloto (t1) e após implementação de modificações na metodologia (t2)

Parâmetros usados para avaliar estudo piloto	1ª fase do estudo piloto (t ₁)	2ª fase do estudo piloto (t ₂)	Variação
Número de entrevistadores graduandos (dupla)	2	2	-
Número de entrevistadores doutores	0	2	↑
Taxa de resposta	5%	95%	↑
Número médio de entrevistas por turno	5	25	↑

DISCUSSÃO

A complexidade metodológica dos inquéritos domiciliares requer avaliação prévia do modelo mais adequado a ser aplicado em situações específicas, bem como planejamento e flexibilidade para se adaptar às demandas que surgem durante as várias fases de implementação. Assim, um planejamento cuidadoso é essencial para a coleta dados que não puderam ser obtidos de outra forma e que são complementares aos elementos normalmente coletados por diversos sistemas de informação⁽¹¹⁾.

A comparação dos dois momentos do estudo piloto (t_1 e t_2) demonstrou redução na taxa de recusa, possivelmente relacionada à presença de um profissional com maior experiência e abordagem que promoveu maior adesão do sujeito sorteado para participar do estudo. Dentre os aspectos relevantes destaca-se que mulheres entrevistadoras obtiveram maior taxa de resposta, ainda que a experiência neste tipo de atividade seja o aspecto mais relevante para maior adesão e participação nos estudos do tipo inquérito^(12,14).

Outro desafio que demandou revisão da logística das entrevistas foi a proporção de domicílios fechados em uma primeira abordagem, na etapa inicial do estudo (18%), o que pode estar relacionado ao horário da visita (durante o dia)^(14,17,18). Desta forma, a escala de entrevistas buscou contemplar os diversos turnos/horários do dia e dias da semana, variando os horários e dias de retorno aos endereços. Além disso, a partir da segunda visita em um mesmo domicílio sem êxito em encontrar algum morador, os entrevistadores deixaram um cartão de contato com um número de telefone, informando os participantes sobre a opção de responder à entrevista por telefone, ou concordar com uma nova data de retorno.

Durante o estudo piloto, 65% dos moradores diretamente entrevistados tinham mais de 60 anos (dado divergente da distribuição da população brasileira), indicando a necessidade de adaptação dos horários e turnos de entrevistas (visitas) para contemplar a distribuição da população, em relação à faixa etária⁽¹⁾, especialmente em relação à população economicamente ativa.

Um dos principais desafios para a implementação deste tipo de estudo é evitar a recusa da entrevista, para não haver perdas que comprometam a confiabilidade dos achados⁽⁷⁾ e a representatividade da amostra, em relação à população para a qual pretende-se generalizar os achados.

Mais comum do que a mera negativa em participar do estudo, é a relutância em responder à pesquisa, quando da abordagem inicial pela equipe de entrevistadores. A maior parte dos sujeitos inicialmente abordados em seus lares refere estar ocupado e não disponível para atender o entrevistador, naquele momento. Este aspecto é referido na literatura como inerente a este tipo de estudo^(14,17-21). A forma de abordagem dos sujeitos parece relacionar-se ao aceite em participar da pesquisa. Neste estudo, a atuação direta em campo de pesquisador com experiência em pesquisa com seres humanos foi produtiva,

visto que a média de entrevistas, em um turno de trabalho, subiu de cinco para 25.

Nas etapas seguintes do estudo, um dos pesquisadores doutores participou em, pelo menos, 50% das entrevistas realizadas. Com essas modificações, o número médio de visitas necessárias, por domicílio, baixou de 2,5 para 1,2 e as entrevistas foram concluídas, em sua maioria, com uma única visita.

Somando-se a inclusão de pesquisador mais experiente na equipe de entrevistadores, a abordagem passou a ser mais ágil e direta^(12,14) em relação ao objetivo e objeto de estudo, bem como a potencial contribuição do participante para a saúde coletiva.

Ainda que, inicialmente, estivessem previstos um em cada dez domicílios de cada setor, a proporção de domicílios elegíveis passou para um em cada três, de forma que mais domicílios em cada conglomerado (setor censitário) foram elegíveis para o estudo, proporcionando maior agilidade na condução das entrevistas^(1,10,21).

Os questionários foram respondidos por um dos moradores do domicílio sorteado, priorizando, inicialmente, o próprio sujeito, ou um respondente substituto (*proxy*), definido como a matriarca ou outro responsável pelo domicílio.

O uso de respondente único (*proxy*) para todos os moradores do domicílio, ainda que pudesse acarretar perda de dados ou menor precisão das informações⁽²²⁻²⁴⁾, não mostrou-se como fato limitador, visto que não esteve associado à perda de informações ou aumento significativo de não respostas, quando comparadas as respostas de *proxy* com o próprio sujeito. A ocorrência de resposta do tipo “não sabe informar” foi mais baixa para as questões referentes ao histórico de rouquidão e de zumbido (F5 e I7) e observada somente quando da entrevista com *proxy*. A maior ocorrência foi para a questão relacionada à percepção de mudança na emissão vocal associada ao envelhecimento (F9). Esses itens foram mantidos e a taxa de não resposta foi considerada, quando da análise dos dados, para fins de prevalência dos distúrbios fonoaudiológicos verificáveis⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Apesar da possibilidade de viés em relação às respostas de *proxy*, a precisão das informações adquiridas poderia ser corrigida no momento da análise dos dados^(15,25,26). Ainda assim, buscou-se em cada domicílio, contar com um respondente que tivesse mais dados dos demais moradores, especialmente a esposa e/ou mãe, responsável por dados mais precisos, conforme estudos anteriores sobre o tema^(23,24), além do fato de que as variáveis pesquisadas eram categóricas, menos suscetíveis a distorções atribuíveis ao informante secundário⁽²⁷⁾. Na realização de entrevistas com crianças e adolescentes, as perguntas foram dirigidas tanto aos indivíduos sorteados, quanto aos responsáveis, para minimizar os efeitos de informante secundário^(16,26).

Assim, este tipo de estudo requer planejamento complexo, gestão e monitoramento do trabalho, havendo necessidade de recursos físicos e humanos, estes com domínio de epidemiologia, bem como conhecimento abrangente sobre os distúrbios fonoaudiológicos.

Dificuldades na estimativa de resultado são suscetíveis de ocorrer em qualquer estudo. Os mecanismos de busca, implementação e avaliação que possam reduzir essas questões são relevantes para garantir a maior validade interna possível e a validade externa. O conhecimento e o desenvolvimento de ferramentas para analisar e corrigir possíveis limitações dos estudos podem contribuir para a maturação das atividades de investigação e, além disso, a partilha de informações fornece subsídios que podem contribuir para o conhecimento em ciências da comunicação humana.

A fragilidade preponderante, identificada quando da abordagem dos sujeitos elegíveis para o estudo, foi semelhante àquela referida em outros inquéritos populacionais^(12,14,18), especialmente em relação à alta taxa de não resposta (por ausência ou impossibilidade de atender o entrevistador na primeira visita).

Para contornar a possibilidade de viés decorrente da proporção elevada de negativas em participar do estudo, a primeira abordagem dos entrevistadores consistiu, prioritariamente, em demonstrar flexibilidade, propondo novo agendamento para a realização da entrevista. Além disso, os entrevistadores foram incentivados a manter a atenção do entrevistado por tempo suficiente para finalizar o levantamento de dados em cada um dos domicílios selecionados.

Nas próximas etapas do estudo, o pagamento por produção (questionário completo preenchido, entrevista realizada) está sendo considerado, na tentativa de ampliar a produtividade e agilizar a etapa de coleta de dados.

É essencial, também, que nas próximas etapas sejam disponibilizados dados mais detalhados sobre a metodologia utilizada para estimar a distribuição dos distúrbios fonoaudiológicos na população, em relação a sexo, idade e escolaridade, além de coocorrência com outros problemas de saúde⁽²⁸⁾, considerando o peso e a estimativa da variância na análise^(13,17,25).

O conhecimento dos distúrbios fonoaudiológicos auto-declarados, ainda que não estejam relacionados aos aspectos subjetivos de percepção do sujeito sobre sua saúde, poderá contribuir para a gestão de demandas de populações específicas, algo inédito no campo da fonoaudiologia, já que não existem, ainda, dados sobre a prevalência dos distúrbios fonoaudiológicos na população em geral.

CONCLUSÃO

A realização de um inquérito domiciliar é viável e relevante para verificar a carga dos distúrbios fonoaudiológicos na população em geral, embora exija uma importante gama de conhecimento das questões de desenvolvimento e de validação. Estas questões devem levar em conta o objeto do estudo, seleção e formação dos entrevistadores, técnicas de abordagem dos sujeitos a serem entrevistados, visando reduzir a chance de perdas, e logística para análise e classificação das informações coletadas.

Embora não se saiba se os estudos sobre distúrbios da

comunicação autorreferidos subestimem a sua ocorrência na população, o valor desse tipo de investigação, a sua contribuição potencial, que atende à sensibilidade e especificidade para estimar a prevalência dessas condições, em relação a sua prevalência na população, em geral, e em grupos específicos por sexo e idade, em objetivos de médio e longo prazo, é a obtenção de indicadores para estimar, com maior precisão, a demanda por serviços e equipes de saúde fonoaudiológica com relação à ocorrência de distúrbios fonoaudiológicos e sua distribuição na população.

REFERÊNCIAS

1. Groves RM, Mosher WD, Lepkowski JM, Kirgis NG. Planning and development of the continuous National Survey of Family Growth. *Vital Health Statat 1*. 2009;1(48):1-64.
2. Lepkowski JM, Mosher WD, Davis KE, Groves RM, Van Hoewyk J. The 2006-2010 National Survey of Family Growth: sample design and analysis of a continuous survey. *Vital Health Stat 2*. 2010;2(150):1-36.
3. Ferrite S, Santana VS, Marshall SW. Validity of self-reported hearing loss in adults: performance of three single questions. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):824-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000050>
4. Ruben RJ. Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*. 2000;110(2):241-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-200002010-00010>
5. Duff MC, Proctor A, Yairi E. Prevalence of voice disorders in African American and European American preschoolers. *J Voice*. 2004;18(3):348-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2003.12.009>
6. McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2007;38(1):5-15. [http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461\(2007\)002](http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461(2007)002)
7. McLeod S, McKinnon DH. Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14,500 primary and secondary school students. *Int J Lang Commun Disord*. 2007;42(Suppl 1):37-59. <http://dx.doi.org/10.1080/13682820601173262>
8. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Epidemiology of voice disorders in the elderly: preliminary findings. *Laryngoscope*. 2007;117(4):628-33. <http://dx.doi.org/10.1097/MLG.0b013e3180306da1>
9. Malta DC, Leal MdC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(suppl 1):159-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>
10. Szwarcwald C, Viacava F. Planning the National Health Survey in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):216-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200001>
11. Viacava F, Dachs N, Travassos C. The household surveys and the National Health Information System. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):863-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400002>

12. Axinn WG, Link CF, Groves RM. Responsive survey design, demographic data collection, and models of demographic behavior. *Demography*. 2011;48(3):1127-49. <http://dx.doi.org/10.1007/s13524-011-0044-1>
13. Giroux S. Canadian Health Measures Survey: sampling strategy overview. *Health Rep*. 2007;18 Suppl:31-6.
14. O'Brien EM, Black MC, Carley-Baxter LR, Simon TR. Sensitive topics, survey nonresponse, and considerations for interviewer training. *Am J Prev Med*. 2006;31(5):419-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.010>
15. Skolarus LE, Sánchez BN, Morgenstern LB, Garcia NM, Smith MA, Brown DL et al. Validity of proxies and correction for proxy use when evaluating social determinants of health in stroke patients. *Stroke*. 2010;41(3):510-5. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.571703>
16. Cesar C, Carandina L, Alves M, Barros M, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
17. Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Sampling procedures and sample representativeness in a national telephone survey: a Portuguese example. *Int J Public Health*. 2010;55(4):261-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-0102-2>
18. Draugalis JR, Plaza CM. Best practices for survey research reports revisited: implications of target population, probability sampling, and response rate. *Am J Pharm Educ*. 2009;73(8):142. <http://dx.doi.org/10.5688/aj7308142>
19. Johnson TP, Cho YI, Campbell RT, Holbrook AL. Using community-level correlates to evaluate nonresponse effects in a telephone survey. *Public Opin Q*. 2006;70(5):704-19. <http://dx.doi.org/10.1093/poq/nfl032>
20. Lahaut VM, Jansen HA, Mheen D, Garretsen HF, Verdurmen JE, Dijk A et al. Estimating non-response bias in a survey on alcohol consumption: comparison of response waves. *Alcohol Alcohol*. 2003;38(2):128-34. <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agg044>
21. Szwarcwald CL, Viacava F. World health survey in Brazil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(Supl):4-5.
22. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(8):1537-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800008>
23. Lum TY, Lin WC, Kane RL. Use of proxy respondents and accuracy of minimum data set assessments of activities of daily living. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(5):654-9. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/60.5.654>
24. Nelson LM, Longstreth WT, Koepsell TD, Checkoway H, Belle G. Completeness and accuracy of interview data from proxy respondents: demographic, medical, and life-style factors. *Epidemiology*. 1994;5(2):204-17. <http://dx.doi.org/10.1097/00001648-199403000-00011>
25. Cañizares Pérez M, Barroso Utra I, Alfonso León A, García Roche R, Alfonso Sagué K, Chang de la Rosa M et al. Estimate methods used with complex sampling designs: their application in the Cuban 2001 health survey. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):176-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000300006>
26. Greenland S. Multiple-bias modelling for analysis of observational data. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc*. 2005;168(2):267-306.
27. Cordeiro R. Validade de histórias ocupacionais de informantes secundários. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):522-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500013>
28. Lepkowski JM, Mosher WD, Davis KE, Groves RM, Hoewyk J, Willem J et al. National Survey of Family Growth, Cycle 6: sample design, weighting, imputation, and variance estimation. *Vital Health Stat*. 2006;2(142):1-82.

Anexo 1. Distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados - Pesquisa populacional

A. DADOS DO DOMICÍLIO

Visita	Data	Horário	Nome do entrevistador	Observações	Resultado da visita
1					
2					
3					

1- realizada; 2 - não pertence à população em estudo; 3 - número inexistente; 4 - domicílio fechado; 5 - não é domicílio; 6 - recusa; 7- domicílio vago; 8 - outros, especificar.

End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ **B01. Setor censitário nº:** _____

E-mail: _____ Tels.: _____

A01. Resultado das visitas: _____ A02. Nº de visitas: _____ A03. Entrevistador: _____

A04. Data da entrevista: ____/____/____

A05. Número de famílias no domicílio: _____

A06. Número de cômodos no domicílio: _____

Quadro de moradores no domicílio: (marque um asterisco no morador sorteado e um X no morador respondente, em caso de menores de 12 anos e incapacitados)

	Nome	Idade	Sexo		Relação de parentesco com o chefe	Resultado
			M	F		
A07a					Chefe 1	
A07b			1	2		
A07c			1	2		
A07d			1	2		
A07e			1	2		
A07f			1	2		
A07g			1	2		
A07h			1	2		

Relação de parentesco com o chefe: 2 - cônjuge; 3 - filho/enteado; 4 - pai/mãe/sogro; 5 - neto/bisneto; 6 - irmão/irmã; 7 - outro/parente; 8 - agregado; 9 - pensionista; 10 - empregado doméstico; 11 - parente do empregado doméstico; 12 - outro: _____

Resultado: 1 - realizada; 2 - agendada; 3 - ausente; 4 - recusada; 5 - impossibilitado de responder

B. DADOS DO SORTEADO

Nome completo: _____

Documento de identificação: (1) RG (2) CPF (3) Certidão de nascimento Nº _____

B02. Data de nascimento: ____/____/____ B03. Idade na entrevista: _____

B04. Sexo: (1) masculino (2) feminino

B05. Quem respondeu o questionário? (1) O próprio/o responsável (2) Outro

B06. Alfabetizado? (1) sim (2) não B07. Anos de escolaridade do sorteado: _____

C. DADOS CLÍNICOS DO ENTREVISTADO

O(a) sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração, ou que se repete com alguma frequência?

	Sim	Não	NS/NR
C01. Hipertensão (pressão alta)	1	2	9
C02. Diabetes (se for apenas diabetes gestacional, assinalar não)	1	2	9
C03. Acidente vascular encefálico (derrame cerebral)	1	2	9
C04. Rinite	1	2	9
C05. Sinusite	1	2	9
C06. Doença crônica do pulmão (asma/bronquite/enfisema)	1	2	9
C07. Câncer de cabeça e pescoço (tumor maligno)	1	2	9
C07b. Especif.: _____			
C08. Deficiência mental (tem algum problema mental?)	1	2	9
C09. Paralisia cerebral	1	2	9
C10. Traumatismo cranioencefálico (traumatismo craniano)	1	2	9
C11. Doença psiquiátrica (incluindo depressão)	1	2	9
C11b. Especif.: _____			
C12. Fissura labiopalatina (lábio leporino)	1	2	9
C13. Síndrome genética	1	2	9
C13b. Especif.: _____			
C14. Refluxo gastroesofágico	1	2	9

DADOS DA SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DO ENTREVISTADO

D. Linguagem Oral	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
D1. Sabe o nome das coisas?	1	2	3	9
D2. Apresenta trocas na fala? (não fala as palavras corretamente)	1	2	3	9
D3. As pessoas entendem o que você fala?	1	2	3	9
D4. Consegue contar fatos e/ou histórias?	1	2	3	9
D5. Compreende o que os outros falam?	1	2	3	9
D6. Tem algum problema para se comunicar?	1	2	3	9
D7. Já fez ou faz tratamento fonoaudiológico para a fala?	1	2	3	9
D7b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

E. Linguagem Escrita (responder apenas se alfabetizado)	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
E1. Escreve corretamente?	1	2	3	9
E2. As pessoas entendem o que você escreve?	1	2	3	9
E3. Compreende o que lê?	1	2	3	9
E4. Apresenta dificuldades escolares?	1	2	3	9
E5. Apresenta histórico de repetência escolar?	1	2	3	9
E6. Já fez ou faz tratamento fonoaudiológico para a leitura e escrita?	1	2	3	9
E6b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

F. Voz	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
F1. Você tem alteração na sua voz?	1	2	3	9
F1b. Especif.: (1) rouca/áspera; (2) soprosa; (3) hipernasal; (4) hiponasal; (5) outra				
F2. Você gosta da sua voz?	1	2	3	9
F3. Sua voz atende às suas necessidades?	1	2	3	9
F4. Você já perdeu a voz ao falar?	1	2	3	9
F5. Você já ficou rouco?	1	2	3	9
F6. Você possui algum diagnóstico de problema de voz, atualmente?	1	2	3	9
F7. Durante o trabalho ou quando fala de forma prolongada, tem problemas vocais?	1	2	3	9
F7b. Especif.: (1) Rouquidão; (2) a voz vai enfraquecendo; (3) a voz vai “quebrando”; (4) a voz vai ficando mais grossa (grave); (5) a voz vai ficando mais fina (aguda); (6) a voz vai ficando trêmula; (7) sinto que vou fazendo cada vez mais força para falar				
F8. Para mulheres – você percebe mudanças na sua qualidade vocal durante o período menstrual?	1	2	3	9
F9. Para idosos – Você acha que a sua voz mudou ao longo do tempo? Especif.: _____	1	2	3	9
F10. Você precisou fazer tratamento de voz, anteriormente?	1	2	3	9
F10b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

G. Fluência	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
G1. Você é gago?	1	2	3	9
G2. Você gagueja mais da metade do tempo?	1	2	3	9
G3. As pessoas falam que você fala muito rápido?	1	2	3	9
G4. Tem gago na família?	1	2	3	9
G5. Já fez ou faz tratamento fonoaudiológico para gagueira?	1	2	3	9
G5b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

H. Motricidade e funções orofaciais	Sim	Não	Algumas/ às vezes	NS/NR
H1. Tem ausência de dentes?	1	2	3	9
H2. Utiliza prótese dentária?	1	2	3	9
H2a. Você acha que a prótese atrapalha?	1	2	3	9
H3. Fica com a boca aberta a maior parte do tempo?	1	2	3	9
H3a. Tem dificuldades para respirar pelo nariz?	1	2	3	9
H4. Usa aparelho ortodôntico?	1	2	3	9
H5. Tem dificuldades para mastigar?	1	2	3	9
H5a. A mastigação é ruidosa? (faz muito barulho)	1	2	3	9
H5b. Mastiga de boca aberta?	1	2	3	9
H5c. Sente dor durante a mastigação?	1	2	3	9
H5d. Tem estalo durante a mastigação?	1	2	3	9
H6. Tem preferência por algum tipo de consistência?	1	2	3	9
H6b. Especif.: (1) moles (2) duros				
H7. Tem dificuldades para engolir?	1	2	3	9
H8. Já fez ou faz tratamento fonoaudiológico para alterações nas funções de mastigação e deglutição?	1	2	3	9
H8b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

I. Audição e equilíbrio	Sim	Não	Algumas/ às vezes	NS/NR
I1. Você sente que tem uma perda auditiva?	1	2	3	9
I2. Teve infecção de ouvido nos últimos 12 meses?	1	2	3	9
I3. Teve dor de ouvido nos últimos 15 dias?	1	2	3	9
I4. Seu ouvido já supurou? (vazou)	1	2	3	9
I5. Já fez cirurgia no ouvido?	1	2	3	9
I6. Apresenta tontura?	1	2	3	9
I7. Apresenta zumbido? (barulho de chuva ou apito)	1	2	3	9
I8. Já fez avaliação audiológica?	1	2	3	9
I8b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro				

Anexo 2. Distúrbios da comunicação autodeclarados - pesquisa populacional

Questionário para bebês

Entrevista nº

J. DADOS DO DOMICÍLIO

Visita	Data	Horário	Nome do entrevistador	Observações	Resultado da visita
1					
2					
3					

1 - realizada; 2 - não pertence à população em estudo; 3 - número inexistente; 4 - domicílio fechado; 5 - não é domicílio; 6 - recusa; 7 - domicílio vago; 8 - outros, especificar.

End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ B01. Setor censitário nº: _____

E-mail: _____ Tels.: _____

A01. Resultado das visitas: _____ **A02.** Nº de visitas: _____ **A03.** Entrevistador: _____

A04. Data da entrevista: ____/____/____

A05. Número de famílias no domicílio: _____

A06. Número de cômodos no domicílio: _____

Quadro de moradores no domicílio: (marque um asterisco no morador sorteado e um X no morador respondente, em caso de menores de 12 anos e incapacitados)

	Nome	Idade	Sexo		Relação de parentesco com o chefe	Resultado
			M	F		
A07a					Chefe 1	
A07b			1	2		
A07c			1	2		
A07d			1	2		
A07e			1	2		
A07f			1	2		
A07g			1	2		
A07h			1	2		
A07i			1	2		
A07j			1	2		

Relação de parentesco com o chefe: 2 - cônjuge; 3 - filho/enteado; 4 - pai/mãe/sogro; 5 - neto/bisneto; 6 - irmão/irmã; 7 - outro/parente; 8 - agregado; 9 - pensionista; 10 - empregado doméstico; 11 - parente do empregado doméstico; 12 - outro: _____

Resultado: 1 - realizada; 2 - agendada; 3 - ausente; 4 - recusada; 5 - impossibilitado de responder

K. DADOS DO SORTEADO

Nome completo: _____

Documento de identificação: (1) RG (2) CPF (3) Certidão de nascimento Nº _____

B02. Data de nascimento: ____/____/____ **B03.** Idade na entrevista: _____

B04. Sexo: (1) masculino (2) feminino

B05. Quem respondeu o questionário? O próprio/o responsável (1) Outro (2)

B06. Alfabetizado? (1) sim (2) não **B07.** Anos de escolaridade do sorteado: _____

L. DADOS CLÍNICOS DO ENTREVISTADO

O seu bebê tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?

	Sim	Não	NS/NR
C09. Paralisia cerebral	1	2	9
C12. Fissura labiopalatina	1	2	9
C13. Síndrome genética C13b. Especif.: _____	1	2	9
C14. Refluxo gastroesofágico	1	2	9
C15. Teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias? C15b. Especif.: _____	1	2	9
C16. Algum outro problema de saúde no período pós-natal? (anemia, perda de peso, problema respiratório, doenças infantis, etc.) C16b. Especif.: _____	1	2	9

J. Dados de gestação e parto	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
J1. Apresentou alguma intercorrência gestacional? J1b. Especif.: _____	1	2	3	9
J2. Mãe fez pré-natal? J2b. Se sim, qual o número de consultas _____	1	2	3	9
J3. Mãe fumou durante a gestação?	1	2	3	9

J4. Mãe apresentou algum outro problema na gestação? (como diabetes, uso de drogas, pressão alta, hipotireoidismo, infecção, deslocamento prematuro de placenta, fator RH, rubéola, sífilis, herpes genital, etc.) J4b. Especif.: _____	1	2	3	9
J5. Nasceu prematuro? (menos que 38 semanas) J5b. Especif. em meses ou semanas: _____	1	2	3	9
J6. Teve cianose ao nascer? (nasceu roxo/azulado)	1	2	3	9
J7. Teve icterícia? (precisou tomar banho de luz)	1	2	3	9
J8. Apresentou alguma intercorrência no parto? J8b. Especif.: _____	1	2	3	9
J9. Precisou ficar em incubadora após o nascimento? J9b. Por quanto tempo? _____	1	2	3	9
J10. Peso maior que 2500g? J10b. Especif. se menor: _____	1	2	3	9
J11. Teste do pezinho normal? (Quando alterado, a APAE entra em contato imediatamente com a família. Se a mãe não foi contatada podemos considerar o resultado como normal).	1	2	3	9

K. Dados de DNPM	Sim	Não	Algumas/às vezes	NS/NR
K1. Balbúcia? (emite sequências combinadas de consoantes e vogais BA-ba, Da-da...)	1	2	3	9
K2. Para de chorar quando o pegam no colo?	1	2	3	9
K3. Acalma-se ao ouvir a voz da mãe?	1	2	3	9
K4. Acompanha pessoa/objeto com os olhos?	1	2	3	9
K5. Quando estimulado o canto da boca ou a bochecha, o bebê vira a cabeça em direção ao dedo e tenta chupá-lo?	1	2	3	9
K6. Você acha que ele(a) tem algum atraso no desenvolvimento?	1	2	3	9
K7. Criança apresenta choro diferenciado?	1	2	3	9

DADOS DA SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DO ENTREVISTADO

L. Motricidade e funções orofaciais	Sim	Não	Algumas/às vezes	NSA	NS/NR
H9. Tem dificuldade para sugar/mamar?	1	2	3	4	9
H10a. É amamentado no peito?	1	2	3	4	9
H10b. O reflexo de sucção é vigoroso?	1	2	3	4	9
H10c. O aleitamento materno é exclusivo? (Se a resposta for não, especificar até quantos meses foi exclusivo) H10d. Especif.: _____	1	2	3	4	9
H10e. Posição da criança adequada? (considerar como adequada a postura inclinada)	1	2	3	4	9
H11. Usa mamadeira? H11b. Especif.: (1) bico ortodôntico; (2) bico comum; (9) NS/NR	1	2	3	4	9
H12. Usa chupeta? H12b. Especif.: (1) bico ortodôntico; (2) bico comum; (9) NS/NR	1	2	3	4	9
H3. Fica com a boca aberta a maior parte do tempo?	1	2	3	4	9
H3a. Tem dificuldades para respirar pelo nariz?	1	2	3	4	9
H13. Já mastiga?	1	2	3	4	9
H5. Tem dificuldades para mastigar?	1	2	3	4	9
H14. Aceita mudança de textura dos alimentos?	1	2	3	4	9
H7. Tem dificuldades para engolir?	1	2	3	4	9
H15. Engasga com frequência?	1	2	3	4	9

H16. Precisou de ajuda de profissional da saúde para aprender a Suger/mamar? H16b. Especif. o profissional: _____	1	2	3	4	9
H8. Já fez ou faz tratamento fonoaudiológico para alterações nas funções de mastigação e deglutição? H8b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro	1	2	3	4	9

M. Audição e equilíbrio	Sim	Não	Algumas/ às vezes	NSA	NS/NR
I1. Você sente que a criança tem uma perda auditiva?	1	2	3	4	9
I2. Teve infecção de ouvido nos últimos 12 meses?	1	2	3	4	9
I3. Teve dor de ouvido nos últimos 15 dias?	1	2	3	4	9
I4. O ouvido dele(a) já supurou? (vazou)	1	2	3	4	9
I5. Já fez cirurgia no ouvido?	1	2	3	4	9
I9a. Fez o teste da orelhinha na maternidade? I9b. Especif.: (1) normal (2) alterado (9) NS/NR	1	2	3	4	9
I9c. Foi pedido acompanhamento?	1	2	3	4	9
I9d. Fez o acompanhamento?	1	2	3	4	9
I10. Mantém os olhos em você quando procura a fonte sonora?	1	2	3	4	9
I11. Ele(a) pisca quando ouve um som intenso (alto)?	1	2	3	4	9
I12. Ele(a) procura a fonte sonora?	1	2	3	4	9
I8. Já fez avaliação audiológica? (Se fez o teste da orelhinha, especificar o tipo de instituição) I8b. Especif.: (1) serviço público (2) serviço particular (3) outro	1	2	3	4	9