

Queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço fonoaudiológico ambulatorial

Complaints and diagnostic hypotheses of patients evaluated in outpatient speech, language pathology and audiology services

Quejas e hipótesis diagnosticas de pacientes evaluados en un servicio de ambulatorio fonoaudiológico

*Marina Garcia de Souza Borges**

*Adriane Mesquita de Medeiros**

*Stela Maris Aguiar Lemos**

Resumo

Objetivo: Descrever queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço fonoaudiológico ambulatorial e verificar suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais. **Método:** Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal, baseado em análise retrospectiva de prontuários pertencentes a pacientes avaliados entre 2010 e 2014. Os dados coletados constituíram as variáveis resposta número de queixas e o número de hipóteses diagnósticas e as variáveis explicativas sócio-demográficas e clínico-assistenciais. Foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade, distribuição de frequências e o Teste Qui-Quadrado de Pearson, para verificar associações. **Resultados:** Foram encaminhados para avaliação 1032 pacientes e incluídos 556 prontuários, sendo 181 indivíduos do sexo feminino e 375 do sexo masculino, com idades entre um mês e 16 anos. Em anamnese houve predomínio de duas a cinco queixas, sendo mais citadas as alterações de fala, linguagem

* Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Trabalho apresentado anteriormente no 2º Congresso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG em 21 de maio de 2016, em Belo Horizonte - MG.

Contribuição dos autores:

MGSB: Revisão bibliográfica, coleta de dados, redação, análise dos dados, correções, formatação e aprovação da versão final; AMM e SMAL: Delineamento da pesquisa, construção do projeto, análise dos dados, orientação e aprovação da versão final.

E-mail para correspondência: Senhora Marina Garcia de Souza Borges - ninaborgesvh@hotmail.com

Recebido: 26/03/2017

Aprovado: 16/01/2018

escrita e de interação social. Na avaliação, a maioria dos prontuários dos pacientes descrevia de três a oito hipóteses diagnósticas, com prevalência das alterações na linguagem oral, nos aspectos cognitivos da linguagem e na motricidade orofacial. Houve associação com significativa estatística entre o número de queixas com faixas etárias, escolaridade do paciente e responsável pela queixa e, entre o número de hipóteses diagnósticas com faixas etárias, escolaridade materna e número de condutas. **Conclusão:** A não correspondência entre o tipo e o número de queixas referidas e hipóteses diagnósticas verificadas podem ser frequentes e deve-se atentar a este fato durante os processos de anamnese e avaliação.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Anamnese; Avaliação; Diagnóstico; Criança; Adolescente.

Abstract

Objective: To describe complaints and diagnostic hypotheses of patients evaluated in outpatient speech, language pathology and audiology services and verify their association with sociodemographic and clinical care aspects. **Methods:** This is an observational analytic cross-sectional study, based on retrospective analysis of medical records of patients evaluated between 2010 and 2014. The collected data constituted the number of complaints and number of diagnostic hypotheses response variables, and the sociodemographic and clinical care explanatory variables. Measures of central tendency and variability, frequency distribution and Pearson Chi-square Test were used to check associations. **Results:** 1032 patients were referred for evaluation and 556 medical records were included, being 181 female and 375 male, aged between one month and 16 years. In the anamnesis there was a predominance of two to five complaints, being disorders of speech, written language and social interaction the most quoted ones. In the evaluation, most of the medical records of the patients described three to eight diagnostic hypotheses with prevalence of alterations in the oral language, in the cognitive aspects of language and in the orofacial myology. There was a significant statistical association between number of complaints and age group, patient's level of education and responsible for the complaint and between number of diagnostic hypotheses and age groups, mother's level of education and number of conducts. **Conclusion:** The mismatch between the type and number of complaints reported and diagnostic hypotheses verified can be frequent and attention should be paid to this fact during the anamnesis and evaluation processes.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Medical History Taking; Evaluation; Diagnosis; Child; Adolescent.

Resumen

Objetivos: describir quejas e hipótesis diagnosticas de pacientes evaluados en un ambulatorio de Fonoaudiología y comprobar sus asociaciones con aspectos sociodemográficos y clínico-asistenciales. **Metodos:** Se trata de estudio observacional, analítico y transversal, con base en análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes evaluados entre 2010 y 2014. Los datos recogidos constituyeron las variables respuesta, el número de quejas, número de hipótesis diagnósticas y las variables explicativas sociodemográficas y clínico-asistenciales. Se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad, distribución de frecuencias y test de Chi² de Pearson para testar asociaciones. **Resultados:** Fueron encaminados para evaluación 1032 pacientes y se incluyeron 556 historias clínicas, 181 del sexo femenino y 375 del masculino, con edades entre un mes y los 16 años. En las anamnesis hubo predominio de dos a cinco quejas, siendo más citados los trastornos del habla, del lenguaje escrito y de interacción social. En la evaluación la mayoría de las historias clínicas describían de tres a ocho hipótesis diagnosticas, prevaleciendo las alteraciones del lenguaje oral, de los aspectos cognitivos del lenguaje y de la motilidad oro-facial. Hubo asociación estadísticamente significativa entre numero de quejas y grupos etarios, escolaridad del paciente y responsable por la queja, y entre el numero de hipótesis diagnosticas con grupos etarios, escolaridad de la madre y número de conductas. **Conclusión:** La falta de correspondencia entre el tipo y el numero de quejas referidas y las hipótesis diagnosticas verificadas pueden ser frecuentes y debe prestarse atención a este hecho durante el proceso de la anamnesis y la evaluación.

Palabras claves: Fonoaudiología; Anamnesis; Diagnóstico; Niño; Adolescente.

Introdução

Na área da saúde, os processos de avaliação e definição diagnóstica constituem o ponto de partida para a intervenção. A realização de um diagnóstico correto é citada na literatura como condição para o elencar de condutas e direcionamento do planejamento terapêutico, aumentando as chances de um tratamento de sucesso¹⁻³.

No trabalho fonoaudiológico, o enfoque da avaliação se dá nos aspectos relativos, sobretudo, à funcionalidade da comunicação⁴, observando-se tanto o funcionamento dos sistemas corporais que dela fazem parte, quanto como se dá a execução da tarefa de comunicar-se⁵. Contudo, no planejamento das intervenções e no acompanhamento dos pacientes, é necessário lembrar também da influência que fatores sociais, econômicos e referentes às outras questões clínicas e assistenciais podem exercer. Conhecer as características da população que se atende, bem como o que lhe é próprio^{1,6}, possibilita uma estruturação adequada dos processos avaliativos.

A anamnese e os procedimentos avaliativos propriamente ditos são marcos da avaliação. O primeiro constitui-se como momento de compreensão das necessidades do sujeito, além da verificação das informações e dados sobre o motivo do encaminhamento⁷. A existência de uma queixa inicial demonstra a discrepância entre a definição que se tem de um estado adequado de saúde e a realidade observada. Devido a esta é que surge a motivação para a busca de tratamento⁸, e é a partir dela que se definem o serviço e o profissional a ser procurado. A queixa pode ser do próprio sujeito ou dos seus familiares, surgindo ainda do relato de profissionais da saúde ou da educação que o acompanham⁸.

Em seguida, durante o exame, geralmente detalhado, é feita a avaliação dos aspectos clínicos, sendo estabelecidas as hipóteses diagnósticas e verificada a necessidade da complementação de outro procedimento ou profissional. Dessa forma, determina-se a melhor conduta para o caso⁴. A interpretação das queixas e dos achados dependerá sempre da subjetividade do avaliador, dos seus conhecimentos prévios e dos pressupostos teóricos nos quais se baseia⁹.

A caracterização das queixas e sua correspondência com os diagnósticos indicam, entre outras questões, como a percepção da saúde, própria ou de outrem, constrói-se. Podem ocorrer casos em que

há concordância completa entre a queixa referida e o diagnóstico feito. Entretanto, há casos em que há divergências parciais ou até mesmo totais⁸.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo descrever as queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço de Fonoaudiologia ambulatorial de um hospital de ensino de referência da rede pública de saúde, e verificar suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais.

Método

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, baseado em análise retrospectiva de dados secundários, coletados entre os meses de julho e novembro de 2015.

Para tanto, foram buscados relatórios de prontuários de um ambulatório de avaliação fonoaudiológica, que integra um complexo hospitalar da rede pública de referência regional em assistência à saúde. Nesse complexo, diversas especialidades profissionais e de serviços, tanto de internação, como ambulatoriais, atendem exclusivamente a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é campo de ensino para estágios de cursos de graduação e pós-graduação de universidades públicas e cenário para desenvolvimento de pesquisas.

Como procedimento de rotina, pacientes em acompanhamento por outros profissionais do complexo e que apresentem queixas de cunho fonoaudiológico são encaminhados a esse ambulatório para realização de avaliação formal. O processo avaliativo é realizado por alunos de graduação em Fonoaudiologia durante estágio sob supervisão docente. Além da anamnese para coleta de informações relevantes, protocolos validados são utilizados para descrição completa dos aspectos clínicos observados. Ao término do procedimento, um relatório de anamnese e um de avaliação são gerados, sendo anexada uma cópia de cada no prontuário individual localizado no serviço de arquivo hospitalar, no qual se encontram informações de todos os serviços em que os pacientes realizam ou já realizaram acompanhamento.

Como critério de inclusão considerou-se a coleta nos prontuários pertencentes aos pacientes com até 16 anos, cuja avaliação ocorreu no período entre março de 2010 e dezembro de 2014, e cujos relatórios estivessem disponíveis de forma integral para consulta. Foram excluídos os prontuários que

indicassem, por quaisquer motivos, a não conclusão do processo avaliativo.

Dos relatórios de anamnese foram coletados dados que estruturaram as variáveis explicativas sociodemográficas do estudo: faixa etária; gênero; escolaridade do paciente; escolaridade materna; escolaridade paterna; local de residência; número de cômodos no domicílio; número de irmãos e faixa de renda familiar. Além disso, foram obtidas informações para a construção das variáveis explicativas clínico-assistenciais: questões prévias à avaliação; responsável pela queixa; profissional que encaminhou o paciente e número de profissionais em acompanhamento. Foram coletados, ainda, dados referentes aos tipos e ao número de queixas.

Dos relatórios de avaliação foram coletadas as hipóteses diagnósticas, que agrupam e resumem as alterações encontradas durante o processo avaliativo¹⁰. Essas hipóteses poderiam ser de linguagem oral ou escrita, nos aspectos cognitivos da linguagem, na fala, que incluíam os transtornos fonológicos, na fluência, motricidade orofacial, disfagia, voz, audição ou processamento auditivo. Foram também coletadas as condutas definidas para cada caso. Com essas informações, foram definidas as seguintes variáveis: número de hipóteses diagnósticas e número de condutas. Todos os dados foram digitados em planilha do programa Excel, elaborada pelas pesquisadoras. E como variáveis resposta foram escolhidos o número de queixas e o número de hipóteses diagnósticas.

Na análise descritiva, para as variáveis contínuas, foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão-DP, variância, mínimo e máximo). Para todas as variáveis categóricas realizou-se a distribuição de frequências. Por opção metodológica, as seguintes variáveis foram categorizadas de acordo com a mediana encontrada na análise descritiva: número de queixas, número de hipóteses diagnósticas e

número de condutas por caso. Durante a análise estatística, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para verificar a existência de associações. Os dados do estudo foram tratados estatisticamente no programa SPSS para Windows, versão 19, sendo que em todos os cálculos realizados foi considerado o nível de significância estatística de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número de parecer CAAE 47193615.9.0000.5149, sendo igualmente aprovada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização.

Resultados

No período entre março de 2010 e dezembro de 2014, 1032 avaliações fonoaudiológicas foram realizadas. Contudo, 476 prontuários não atenderam aos critérios de inclusão do estudo. A amostra foi então composta por 556 prontuários pertencentes a 181 indivíduos do sexo feminino (32,6%) e 375 do sexo masculino (67,4%), com idades compreendidas entre um mês e 16 anos.

Dentre os prontuários selecionados houve predominância de indivíduos nas faixas etárias entre 5 e 12 anos, do sexo masculino (67,4%), com escolaridade dentro das séries do ensino fundamental (49,7%) e com apenas um irmão (38,8%). A maior parte das mães apresentou Ensino Médio completo ou em curso (48,2%), diferentemente da maioria dos pais, que apresentou Ensino Fundamental completo ou em curso (53,1%). A maioria dos relatórios descreveu a cidade de Belo Horizonte como local de residência (52,0%), em imóveis com cinco e seis cômodos (54,4%), e a faixa de renda familiar informada pela maioria (64,4%) foi de zero a dois salários mínimos. Na maior parte dos casos (35,1%), houve quatro pessoas residindo no domicílio (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis explicativas sociodemográficas

| Variáveis Explicativas | N* | % |
|--|-----------|----------|
| Faixas etárias (em anos) | | |
| 0 a 4 | 215 | 38,7 |
| 5 a 7 | 139 | 25,0 |
| 8 a 12 | 155 | 27,9 |
| 13 a 16 | 47 | 8,5 |
| Total* | 556 | 100,0 |
| Gênero | | |
| Feminino | 181 | 32,6 |
| Masculino | 375 | 67,4 |
| Total* | 556 | 100,0 |
| Escolaridade do paciente | | |
| Não matriculado | 118 | 21,7 |
| Educação Infantil | 151 | 27,8 |
| Ensino fundamental | 270 | 49,7 |
| Ensino médio ou outros níveis | 4 | 0,7 |
| Total* | 543 | 100,0 |
| Escolaridade materna | | |
| Ensino fundamental | 211 | 41,0 |
| Ensino médio | 248 | 48,2 |
| Ensino superior ou outros | 56 | 10,9 |
| Total* | 515 | 100,0 |
| Escolaridade paterna | | |
| Ensino fundamental | 243 | 53,1 |
| Ensino médio | 180 | 39,3 |
| Ensino superior ou outros | 35 | 7,6 |
| Total* | 458 | 100,0 |
| Local de residência | | |
| Belo Horizonte | 289 | 52,0 |
| Região Metropolitana | 235 | 42,3 |
| Outros (Cidade/Estado/País) | 32 | 5,8 |
| Total* | 556 | 100,0 |
| N* de cômodos no domicílio | | |
| 1 a 4 | 120 | 22,1 |
| 5 a 6 | 296 | 54,4 |
| 7 a 13 | 128 | 23,5 |
| Total* | 544 | 100,0 |
| N* de pessoas no domicílio | | |
| 1 a 3 | 167 | 30,5 |
| 4 | 192 | 35,1 |
| 5 | 117 | 21,4 |
| 6 a 12 | 71 | 13,0 |
| Total* | 547 | 100,0 |
| N* de irmãos | | |
| Nenhum | 148 | 26,8 |
| 1 | 214 | 38,8 |
| 2 a 8 | 190 | 34,4 |
| Total* | 552 | 100,0 |
| Faixa de renda familiar (em salários mínimos) | | |
| De 0 a 2 | 320 | 64,4 |
| De 3 a 5 | 161 | 32,5 |
| De 6 a 13 | 14 | 2,8 |
| Total* | 495 | 100,0 |

Legenda: * N = Número

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes

A presença de intercorrências prévias na infância foi relatada com mais frequência nos prontuários dos pacientes (47,3%). Acontecimentos relevantes para o período da adolescência não foram referidos. Predominantemente, pais ou outros

familiares foram os responsáveis pela queixa que motivou o encaminhamento à avaliação (92,6%), sendo este realizado, na maior parte dos casos (35%), por pediatra (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis explicativas clinico-assistenciais

| Variáveis Explicativas | N* | % |
|--|-----|-------|
| Questões prévias | | |
| Nenhuma intercorrência | 290 | 52,7 |
| Intercorrência na infância | 260 | 47,3 |
| Intercorrência na adolescência | 0 | 0,0 |
| Intercorrência na infância e adolescência | 0 | 0,0 |
| Total* | 550 | 100,0 |
| Responsável pela queixa | | |
| Pais ou outros familiares | 511 | 92,6 |
| Escola ou profissionais de saúde | 41 | 7,4 |
| Total* | 552 | 100,0 |
| Profissional que encaminhou | | |
| Pediatra | 191 | 35,0 |
| Psiquiatra | 85 | 15,6 |
| CLM/ORL/Genética * | 55 | 10,1 |
| Fonoaudiólogo | 57 | 10,4 |
| Fisioterapia/T.O./Psicologia | 16 | 2,9 |
| Outros | 142 | 26,0 |
| Total* | 546 | 100,0 |
| N* de profissionais em acompanhamento | | |
| N* não relatado | 279 | 50,3 |
| 1 | 140 | 25,2 |
| 2 | 72 | 13,0 |
| 3 ou mais | 64 | 11,5 |
| Total* | 555 | 100,0 |

Legenda: * N = Número

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes

* CLM = Clínica Médica

*T.O. = Terapeuta Ocupacional

* ORL = Otorrinolaringologia

As queixas de fala (n = 394) e alterações na linguagem escrita (n = 150) foram as mais referidas em anamnese, seguidas pelas dificuldades de interação social (n = 131). Esta abrangiu não apenas as características de déficit na intenção comunicativa em indivíduos com suspeita ou diagnóstico confirmado dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), como também as

dificuldades de relacionamento social devido à alteração fonoaudiológica principal referida (Figura 1).

As hipóteses diagnósticas de maior prevalência encontradas foram relativas à linguagem oral (n = 413), aspectos cognitivos da linguagem (n = 348) e motricidade orofacial (n = 280). Foi possível verificar mais de uma queixa e hipótese diagnóstica para um mesmo paciente (Figura 1).

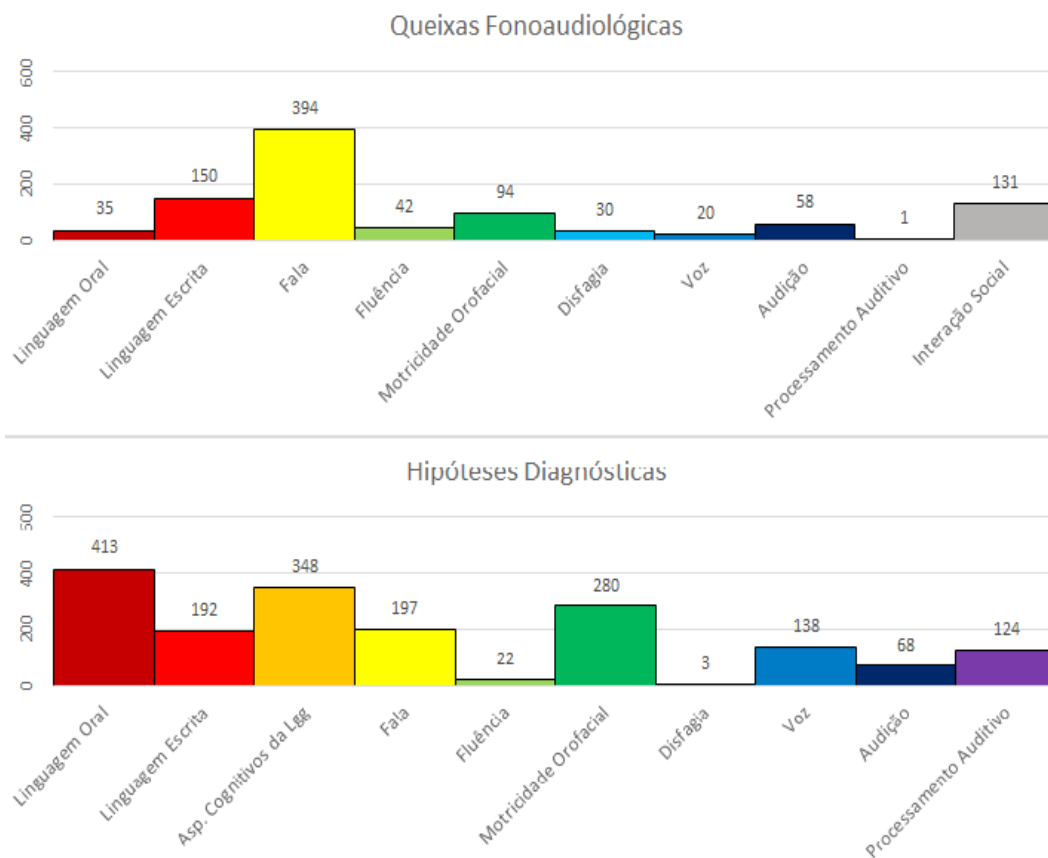


Figura 1. Descrição das queixas fonoaudiológicas e das hipóteses diagnósticas observadas

Em relação às condutas, dos 556 prontuários analisados, quase todos ($n = 529$) foram encaminhados para terapia fonoaudiológica. Outros encaminhamentos para avaliação complementar em Fonoaudiologia ou diferentes profissões, tais como

otorrinolaringologia, psiquiatria e avaliação completa do processamento auditivo central, também, foram realizados. Para um mesmo paciente, mais de uma conduta foi possível (Figura 2).

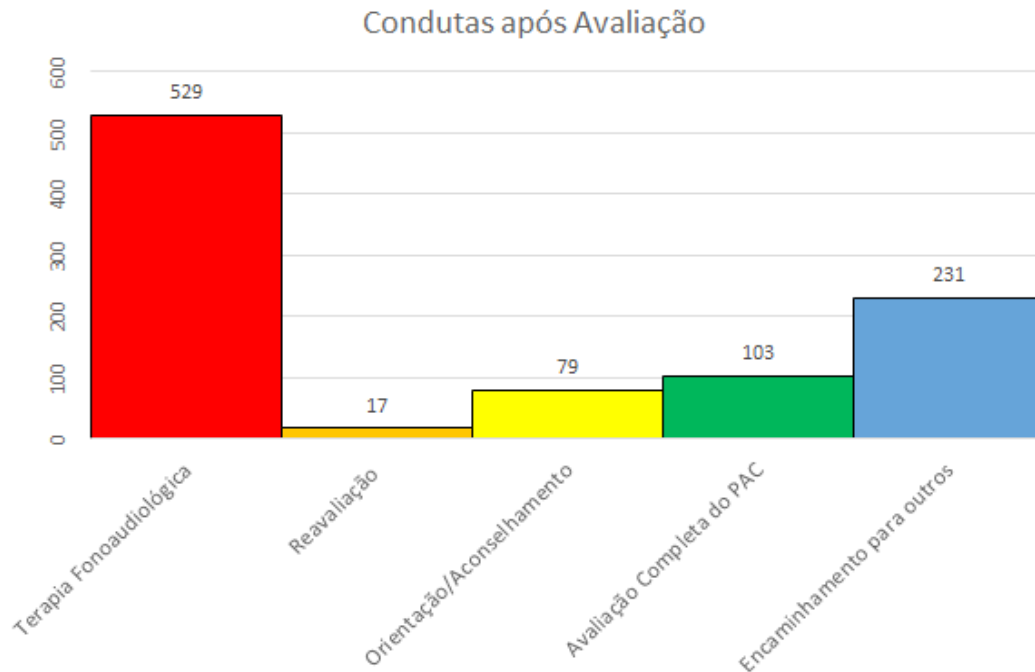


Figura 2. Distribuição dos pacientes em relação a conduta adotada após a avaliação fonoaudiológica

Na maioria dos prontuários (53,7%) houve o relato de duas a cinco queixas fonoaudiológicas, e de três a oito hipóteses diagnósticas foram

evidenciadas em avaliação (64,0%). A maioria dos casos recebeu até duas condutas (84,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Categorização das variáveis número de queixas, número de hipóteses diagnósticas e número de condutas por caso

| Variáveis | N* | % |
|-------------------------------------|-----|-------|
| N* de queixas | | |
| Até 1 | 257 | 46,3 |
| De 2 a 5 | 298 | 53,7 |
| Total* | 555 | 100,0 |
| N* de hipóteses diagnósticas | | |
| Até 2 | 220 | 36,0 |
| De 3 a 8 | 356 | 64,0 |
| Total* | 556 | 100,0 |
| N* de condutas | | |
| Até 2 | 471 | 84,7 |
| De 3 a 4 | 85 | 15,3 |
| Total* | 556 | 100,0 |

Legenda: * N = Número

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes

Houve significância estatística na associação entre as variáveis: número de queixas e faixas etárias, e também entre aquela e a escolaridade do paciente. Para as análises estatísticas com o

número de hipóteses diagnósticas, foi encontrada associação significativa entre as variáveis: faixas etárias e escolaridade materna (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas

| Variáveis explicativas | Número de queixas | | | Número de hipóteses diagnósticas | | |
|--|-------------------|--------------|------------|----------------------------------|--------------|------------|
| | De 0 a 1 (%) | De 2 a 5 (%) | Valor de P | De 0 a 2 (%) | De 3 a 8 (%) | Valor de P |
| Faixas Etárias (em anos) | | | | | | |
| 0 a 4 | 125 (48,6) | 90 (30,2) | < 0,001 ** | 90 (45,0) | 125 (35,1) | 0,010 ** |
| 5 a 7 | 57 (22,2) | 82 (27,5) | | 46 (23,0) | 93 (26,1) | |
| 8 a 12 | 56 (21,8) | 98 (32,9) | | 42 (21,0) | 113 (31,7) | |
| 13 a 16 | 19 (7,4) | 28 (9,4) | | 22 (11,0) | 25 (7,0) | |
| Total* | 257 (100,0) | 298 (100,0) | | 200 (100,0) | 356 (100,0) | |
| Gênero | | | | | | |
| Feminino | 85 (33,1) | 96 (32,2) | 0,830 | 65 (32,5) | 116 (32,6) | 0,984 |
| Masculino | 172 (66,9) | 202 (67,8) | | 135 (67,5) | 240 (67,4) | |
| Total* | 257 (100,0) | 298 (100,0) | | 200 (100,0) | 356 (100,0) | |
| Escolaridade do paciente | | | | | | |
| Não matriculado | 66 (26,3) | 52 (17,9) | 0,003 ** | 46 (23,4) | 72 (20,8) | 0,335 |
| Educação infantil | 80 (31,9) | 71 (24,4) | | 61 (31,0) | 90 (26,0) | |
| Ensino fundamental | 103 (41,0) | 166 (57,0) | | 88 (44,7) | 182 (52,6) | |
| Ensino médio ou outros níveis | 2 (0,8) | 2 (0,7) | | 2 (1,0) | 2 (0,6) | |
| Total* | 251 (100,0) | 291 (100,0) | | 197 (100,0) | 346 (100,0) | |
| Escolaridade materna | | | | | | |
| Ensino fundamental | 93 (38,8) | 118 (43,1) | 0,610 | 62 (33,3) | 149 (45,3) | 0,024 ** |
| Ensino médio | 120 (50,0) | 127 (46,4) | | 99 (53,2) | 149 (45,3) | |
| Ensino superior ou outros | 27 (11,3) | 29 (10,6) | | 25 (13,4) | 31 (9,4) | |
| Total* | 240 (100,0) | 274 (100,0) | | 186 (100,0) | 329 (100,0) | |
| Escolaridade paterna | | | | | | |
| Ensino fundamental | 107 (49,5) | 136 (56,4) | 0,322 | 78 (44,8) | 165 (56,3) | 0,160 |
| Ensino médio | 92 (42,6) | 87 (36,1) | | 74 (44,8) | 106 (36,2) | |
| Ensino superior ou outros | 17 (7,9) | 18 (7,5) | | 13 (7,9) | 22 (7,5) | |
| Total* | 216 (100,0) | 241 (100,0) | | 165 (100,0) | 293 (100,0) | |
| Local de residência | | | | | | |
| Belo Horizonte | 134 (52,1) | 155 (52,0) | 0,997 | 100 (50,0) | 189 (53,1) | 0,230 |
| Região Metropolitana | 108 (42,0) | 126 (42,3) | | 92 (46,0) | 143 (40,2) | |
| Outros (Cidade/Estado/País) | 15 (5,8) | 17 (5,7) | | 8 (4,0) | 24 (6,7) | |
| Total* | 257 (100,0) | 298 (100,0) | | 200 (100,0) | 356 (100,0) | |
| N* de cômodos no domicílio | | | | | | |
| 1 a 4 | 56 (22,3) | 64 (21,9) | 0,387 | 37 (18,9) | 83 (23,9) | 0,326 |
| 5 a 6 | 130 (51,8) | 166 (56,8) | | 108 (55,1) | 188 (54,0) | |
| 7 a 14 | 65 (25,9) | 62 (21,2) | | 51 (26,0) | 77 (22,1) | |
| Total* | 251 (100,0) | 292 (100,0) | | 196 (100,0) | 348 (100,0) | |
| N* de pessoas no domicílio | | | | | | |
| 1 a 3 | 78 (30,6) | 88 (30,2) | 0,871 | 70 (35,4) | 97 (27,8) | 0,247 |
| 4 | 89 (34,9) | 103 (35,4) | | 66 (33,3) | 126 (36,1) | |
| 5 | 52 (20,4) | 65 (22,3) | | 36 (18,2) | 81 (23,2) | |
| 6 a 12 | 36 (14,1) | 35 (12,0) | | 26 (13,1) | 45 (12,9) | |
| Total* | 255 (100,0) | 291 (100,0) | | 198 (100,0) | 349 (100,0) | |
| N* de irmãos | | | | | | |
| Nenhum | 67 (26,2) | 81 (27,5) | 0,585 | 60 (30,3) | 88 (24,9) | 0,383 |
| 1 | 95 (37,1) | 118 (40,0) | | 73 (36,9) | 141 (39,8) | |
| 2 a 8 | 94 (36,7) | 96 (32,5) | | 65 (32,8) | 125 (35,3) | |
| Total* | 256 (100,0) | 295 (100,0) | | 198 (100,0) | 354 (100,0) | |
| Faixa de renda familiar (em salários mínimos) | | | | | | |
| De 0 a 2 | 146 (62,9) | 173 (66,0) | 0,685 | 113 (63,8) | 207 (65,1) | 0,529 |
| De 3 a 5 | 80 (34,5) | 81 (30,9) | | 57 (32,2) | 104 (32,7) | |
| De 6 a 13 | 6 (2,6) | 8 (3,1) | | 7 (4,0) | 7 (2,2) | |
| Total* | 232 (100,0) | 262 (100,0) | | 177 (100,0) | 318 (100,0) | |

Legenda

* N = Número

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes

Teste Qui-Quadrado de Pearson

** Valor de P ≤ 0,05

Conforme exposto na Tabela 5, para o número de queixas, foi verificada relação estatisticamente significativa com responsável pela queixa. Já para a variável número de hipóteses diagnósticas uma associação significativa foi observada com número

de condutas. As variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas também apresentaram associação entre si, com valor de $p < 0,001$.

Tabela 5. Análise de associação entre as variáveis clínico-assistenciais e as variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas

| Variáveis explicativas | Número de queixas | | | Número de hipóteses diagnósticas | | |
|--|-------------------|--------------|------------|----------------------------------|--------------|------------|
| | De 0 a 1 (%) | De 2 a 5 (%) | Valor de P | De 0 a 2 (%) | De 3 a 8 (%) | Valor de P |
| Questões prévias | | | | | | |
| Nenhuma intercorrência | 141 (55,3) | 145 (49,3) | | 114 (57,3) | 176 (50,1) | |
| Intercorrência na infância | 114 (44,7) | 149 (50,7) | 0,280 | 85 (42,7) | 175 (49,9) | 0,107 |
| Total* | 255 (100,0) | 294 (100,0) | | 199 (100,0) | 351 (100,0) | |
| Responsável pela queixa | | | | | | |
| Pais ou outros familiares | 223 (87,5) | 288 (97,3) | | 180 (90,5) | 331 (93,8) | |
| Escola ou profissionais de saúde | 32 (12,5) | 8 (2,7) | < 0,001 ** | 19 (9,5) | 22 (6,2) | 0,154 |
| Total* | 255 (100,0) | 296 (100,0) | | 199 (100,0) | 353 (100,0) | |
| Profissional que encaminhou | | | | | | |
| Pediatra | 89 (35,5) | 102 (34,7) | | 69 (35,0) | 122 (35,0) | |
| Psiquiatra | 41 (16,3) | 44 (15,0) | | 32 (16,2) | 53 (15,2) | |
| CLM/ORL/Genética * | 29 (11,6) | 26 (8,8) | | 18 (9,1) | 37 (10,6) | |
| Fonoaudiólogo | 25 (10,0) | 32 (10,9) | 0,848 | 20 (10,2) | 37 (10,6) | 0,353 |
| Fisioterapia/T.O./Psicologia | 7 (2,8) | 9 (3,1) | | 10 (5,1) | 6 (1,7) | |
| Outros | 60 (23,9) | 81 (27,6) | | 48 (24,4) | 94 (26,9) | |
| Total* | 251 (100,0) | 294 (100,0) | | 197 (100,0) | 349 (100,0) | |
| N* de profissionais em acompanhamento | | | | | | |
| N não relatado | 132 (51,4) | 146 (49,2) | | 106 (53,0) | 173 (48,7) | |
| 1 | 62 (24,1) | 78 (26,3) | | 55 (27,5) | 85 (23,9) | |
| 2 | 30 (11,7) | 42 (14,1) | 0,633 | 22 (11,0) | 50 (14,1) | 0,209 |
| 3 ou mais | 33 (12,8) | 31 (10,4) | | 17 (8,5) | 47 (13,2) | |
| Total* | 257 (100,0) | 297 (100,0) | | 200 (100,0) | 355 (100,0) | |
| N* de condutas | | | | | | |
| Até 2 | 220 (85,6) | 250 (83,9) | | 179 (89,5) | 292 (82,0) | |
| De 3 a 4 | 37 (14,4) | 48 (16,1) | 0,577 | 21 (10,5) | 64 (18,0) | 0,019 ** |
| Total* | 257 (100,0) | 298 (100,0) | | 200 (100,0) | 356 (100,0) | |

Legenda

* N = Número

CLM = Clínica Médica

ORL = Otorrinolaringologia

T.O. = Terapeuta Ocupacional

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes

Teste Qui-Quadrado de Pearson

** Valor de $P \leq 0,05$

Discussão

Este estudo foi realizado utilizando dados secundários contidos em prontuários, os quais não foram alimentados pelas pesquisadoras. Devido a esse fato, existe a possibilidade de viés, no entendimento das pesquisadoras, quanto ao preenchimento das informações durante anamnese e avaliação, sendo essa considerada uma limitação do estudo.

A predominância do gênero masculino foi observada em outros estudos que analisaram o perfil de pacientes em atendimento fonoaudiológico^{2,8,11-14}. Há autores que relatam como possível explicação a existência de uma maturação cerebral mais lenta e a influência de fatores genéticos em crianças do sexo masculino¹⁴.

Em relação à idade, um estudo¹¹ realizado em município da região metropolitana de Belo

Horizonte verificou alta prevalência de pacientes encaminhados para fonoterapia nas faixas etárias de 5 a 10 anos, seguido pela faixa de 0 a 5 anos, resultado parcialmente semelhante aos deste estudo (Tabela 1).

O maior número de queixas na população do presente estudo foi relativo às alterações de fala (Figura 1), fato também visualizado em pesquisas prévias^{11,15}, que indicaram tais alterações em 46% e em 35% da população atendida em serviço público. Entretanto, há pesquisas que demonstraram que as alterações de fala foram a queixa de segunda maior prevalência, em proporção de 14,2%¹⁴ e 23,1%⁸, uma vez que neles, respectivamente, o atraso de linguagem (63,6%)¹⁴ e as alterações de motricidade orofacial (34,9%) foram as mais referidas⁸. Tal discordância pode ser decorrente da forma, compreensão e descrição da queixa pelo paciente ou seu acompanhante diante de seu autoconceito de saúde. Além disso, há diferenças entre as metodologias empregadas nos estudos. No presente estudo, as queixas foram alocadas tais como descritas na anamnese. Como exemplo, “não fala”, foi definida como queixa de fala, independentemente da idade. No referido estudo, tal variável foi classificada como atraso de linguagem¹⁴.

Em relação às hipóteses diagnósticas, a maior prevalência de alterações na linguagem oral e nos aspectos cognitivos da linguagem pode ser explicada pela etapa de desenvolvimento e exigência comunicativa na qual os pacientes de até 12 anos de idade encontravam-se (Figura 1). Tal resultado corrobora achados anteriores^{2,16,17}. Em pesquisas com resultados semelhantes, além da linguagem oral e da motricidade orofacial, foram verificadas como hipóteses diagnósticas mais frequentes as alterações de voz e de fala¹², seguida pelas questões de fluência⁸. Houve, porém, uma pesquisa em que foi verificado como diagnóstico de maior frequência nas faixas etárias de zero a 10 anos o conjunto fala/linguagem/fluência¹⁵. Vale destacar que, embora a queixa de fala tenha sido referida durante a anamnese de 394 pacientes e a de linguagem oral mencionada em apenas 35 casos, após a avaliação, a primeira foi definida como diagnóstico fonoaudiológico em 197 pacientes e a segunda em 413 indivíduos (Figura 1). Isso pode demonstrar que a existência da produção verbal e a forma como ela ocorre acaba sendo relatada, geralmente, como indicador da ausência de alterações comunicativas¹³ ou que há dificuldade em segregar, principalmente

durante a primeira infância, as características de uma e outra, sendo ambas englobadas unicamente na queixa de alterações de fala.

Para quase todos os casos a conduta foi o encaminhamento à terapia fonoaudiológica (Figura 2). Tal resultado é bastante superior aos 28,2% de pacientes encaminhados à fonoterapia após avaliação de médico fonoatira¹⁵. A necessidade de até duas condutas para cada caso pode demonstrar que a complementaridade de diagnóstico por meio de exames mais específicos, tais como a avaliação completa do processamento auditivo, ou de intervenção com outros profissionais também foi válida nesta população, auxiliando o levantamento das hipóteses diagnósticas^{1,3} (Tabela 3). É possível que tenha influenciado a alta prevalência de pacientes com demanda de intervenção fonoaudiológica o fato de o cenário de estudo ser um serviço que recebe casos mais complexos, encaminhados de outros ambulatórios de especialidade.

Estudos anteriores verificaram predominância de “até duas queixas associadas”¹¹ e de “apenas uma queixa” descrita em anamnese¹². Alguns autores discutem a possibilidade do conhecimento ainda restrito sobre a atuação fonoaudiológica como justificativa¹². No presente estudo predominaram de duas a cinco queixas, mas um elevado percentual da população referiu apenas uma única queixa (Tabela 3).

Em relação ao número de hipóteses diagnósticas, na maioria dos prontuários foram descritas de três a oito hipóteses por caso (Tabela 3). Tal resultado indicou a existência de uma discrepância entre o número de queixas relatadas e o que foi observado em avaliação. Esse resultado assemelha-se ao de um estudo realizado no Rio Grande do Sul, com 133 prontuários de crianças até 12 anos de idade, no qual houve confirmação da existência de diagnósticos fonoaudiológicos em avaliação para pacientes que não apresentaram qualquer tipo de queixa durante anamnese⁸. A dificuldade do acompanhante em descrever de forma mais precisa na anamnese as alterações apresentadas pelos pacientes, ou a subjetividade do próprio paciente para perceber suas dificuldades, podem justificar tal achado¹⁸. Estudos na área da disfagia igualmente não observaram associação entre as queixas que motivaram o encaminhamento e o diagnóstico verificado clinicamente¹⁹, além da existência de queixas subestimadas e a não correspondência do relato com os achados em exame objetivo¹⁸. Esse

dado revela a necessidade da escuta qualificada das demandas de pacientes e acompanhantes, além do delineamento de critérios para a avaliação fonoaudiológica a fim de permitir a triangulação dos achados.

As associações estatisticamente significantes verificadas entre o número de queixas e a faixa etária, o número de queixas e a escolaridade do paciente, além do número de hipóteses diagnósticas e faixas etárias são explicadas, pela literatura^{8,11,12,15}, devido aos encaminhamentos ocorrerem em idades coincidentes com a inserção na escola e com os primeiros anos de escolarização formal, períodos de maior atenção à criança em desenvolvimento (Tabela 4). A aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e o início do aprendizado formal da língua escrita, além de uma maior exigência de comunicação associada a essa nova realidade social do indivíduo, estimulam a percepção de alterações e a busca por fonoterapia^{11,12,15}. Estudo da mesma cidade de realização da presente pesquisa verificou alta prevalência do diagnóstico de alterações da linguagem oral nos níveis fonético e fonológico em crianças pré-escolares entre quatro e seis anos, sendo essa faixa considerada um ponto de referência no processo de desenvolvimento da linguagem¹⁶. Em outro estudo, que teve o objetivo de avaliar a presença de desordens de fala em escolares, foi observada uma razão de prevalência (RP) de 1,5 para crianças com idade inferior a cinco anos com alterações quando comparadas a outras acima de seis anos (RP = 1,0 a 1,2)²⁰. Vale ressaltar que, quando educadores bem orientados em relação às questões do desenvolvimento de fala e de linguagem observam dificuldades comunicativas nessas faixas etárias e de escolaridade, surgem queixas mais precoces^{11,16}.

A variável escolaridade materna, que apresentou associação significativa com número de hipóteses diagnósticas (Tabela 4), foi considerada um fator ligado à condição socioeconômica familiar²¹. Essa variável também foi considerada como fator protetor para o desenvolvimento global e para a qualidade de estimulação ambiental de crianças²². Uma revisão integrativa, com estudos publicados entre os anos de 2005 e 2010, demonstrou a influência da escolaridade parental na promoção do desenvolvimento infantil²³. Entretanto, uma publicação recente não verificou associação entre a escolaridade materna e a presença ou ausência de alterações fonoaudiológicas. Segundo os autores,

tal fato se deve à homogeneidade de características da amostra¹⁷.

A associação entre o número de queixas e responsável pela queixa (Tabela 5) pode ser justificada pelo fato de que, geralmente, pais ou outros familiares ficam um maior período de tempo com as crianças, principalmente quando menores de cinco anos.

É justificada a associação verificada entre o número de hipóteses diagnósticas e o número de condutas (Tabela 5), em virtude da complexidade dos pacientes que são encaminhados para avaliação no serviço cenário do estudo. Ainda que ambulatorial, este é parte integrante de um complexo hospitalar de referência estadual, e conforme a organização dos níveis de complexidade assistencial, são locais estruturados para dar assistência às principais causas de morbimortalidade dentro do SUS.

Na população do presente estudo, aqueles que apresentaram maior número de queixas, também apresentaram um maior número de hipóteses diagnósticas (Tabela 3). Tal achado corrobora o resultado de estudo realizado com escolares encaminhados para avaliação fonoaudiológica, devido ao histórico de dificuldades de leitura e escrita ou por distúrbios da comunicação oral percebidos pelos professores. Na totalidade dos escolares com alguma queixa, foi verificada a existência de alteração fonoaudiológica²⁴. Concordância total entre o número de queixas e de diagnósticos também foi observada em estudo recente⁸. Tais achados reforçam que, geralmente, a existência de uma queixa se confirma em diagnóstico.

Conclusão

Foi verificado que, em pacientes encaminhados para ambulatório de avaliação fonoaudiológica, os tipos de queixas referidas em anamnese não corresponderam aos achados da avaliação formal em muitos casos. Essa discrepância foi observada também entre o número das queixas e das hipóteses diagnósticas verificadas. Variáveis como a faixa etária, a escolaridade do paciente e materna, quem é o responsável pela queixa e o número de condutas definidas para cada caso, associaram-se ao número de queixas e de hipóteses diagnósticas.

As diferenças entre as queixas e as hipóteses diagnósticas demonstraram o quanto é necessário que o fonoaudiólogo consiga adequar a escuta das queixas em anamnese com a escolha e execução

dos procedimentos avaliativos corretos, visando verificar as reais hipóteses diagnósticas de cada caso. Já o conhecimento sobre as características da população atendida e as associações existentes entre estas reforçou o quanto aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais podem se relacionar com as queixas e com achados em avaliação. Esses dados, bem como a realização de outras pesquisas com o enfoque na comparação entre as queixas e os diagnósticos verificados, podem favorecer a estruturação dos processos de anamnese, avaliação e intervenções terapêuticas de forma mais direcionada, além de possibilitar a comparação com outros serviços, visando um melhor entendimento das questões fonoaudiológicas. Como avanço deste estudo, propõe-se uma abordagem com enfoque no número de queixas e de diagnósticos, o que ainda é pouco explorado na Fonoaudiologia, a fim de ampliar o conhecimento do público a ser atendido e verificar mudanças nesses números após iniciado o acompanhamento fonoaudiológico.

Referências bibliográficas

- Goulart BNG, Chiari BM. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007(b); 19(2): 223-32. <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n2/a11v19n2.pdf>
- Castro MM, Ferreira CC, Reis KAR dos, Dias SFL. Aplicação dos Métodos de Diagnóstico das alterações de Linguagem Oral e monitoramento da reabilitação. *Revista Saúde*. 2014; 8(3-4): 16-25. <file:///C:/Users/Marina/Downloads/934-7022-1-PB.pdf>
- Hage SRV, Faiad LNV. Perfil de pacientes com alteração de Linguagem atendidos na Clínica de Diagnóstico dos Distúrbios da Comunicação – Universidade de São Paulo – Campus Bauru. *Rev. CEFAC*. 2005; 7(4): 433-40. www.redalyc.org/pdf/1693/16932057006.pdf
- Goulart BNG, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007(a); 12(4): 335-40. <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n4/v12n4a14.pdf>
- [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.]; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
- Menezes LN de, Behlau M, Gama ACC, Teixeira LC. Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Ciência & saúde coletiva*. 2011;16(7): 3119-29. www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/12.pdf
- Silva CGC da, Serralha CA, Laranjo ACS. Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*. 2013; 18(2): 281-91. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a09v18n2.pdf>
- Cesar LR, Reis RA, Stefani FM. Concordância entre classificação das queixas obtidas nas triagens e diagnóstico fonoaudiológico de crianças de 0-12 anos. *Rev. CEFAC*. 2015; 18(1): 129-136. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00129.pdf>
- Cleires ABB, Brandão MAG, Dias BF, Primo CC. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(2): 261-8. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0261.pdf>
- Perissinoto J, Chiari BM. A avaliação como precursora do diagnóstico. In: Andrade CF (Org.). *Fonoaudiologia em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 2003. p.135-140.
- César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de Fonoaudiologia no Serviço Público Municipal de Ribeirão das Neves – MG. *Rev CEFAC*. 2007; 9(1): 133-8. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n1/v9n1a15.pdf>
- Costa RG da, Souza LBR de. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. *Revista de ciências médicas e biológicas*. 2009; 8(1): 53-9. <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4376/3200>
- Tamanaha AC, Oshiro LT, Kawano CE, Okumura M, Ghiringhelli R, Minaguchi T et al. Investigando os distúrbios de aquisição de linguagem a partir das queixas. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 23(2): 124-8. <http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n2/v23n2a08.pdf>
- Sideri KP, Botega MBS, Chun RYS. Perfil populacional de Grupo de Avaliação e Prevenção de Alterações de Linguagem (GAPAL). *Audiology - Communication Research*. 2015; 20(3): 269-73. <http://www.scielo.br/pdf/acr/v20n3/2317-6431-acr-20-3-0269.pdf>
- Baptista MGG, Novaes BCAC, Favero ML. Epidemiology of communication disorders in childhood phoniatric clinical practice. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81(4): 368-73. http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n4/pt_1808-8694-bjorl-81-04-00368.pdf
- Campos FR, Rabelo ATV, Friche CP, Silva BSV da, Friche AAL, Alves CRL, et al. Alterações da Linguagem Oral no nível Fonológico/Fonético em crianças de 4 a 6 anos residentes em Belo Horizonte. *Rev. CEFAC*. 2014; 16(4): 1151-60. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1151.pdf>
- Angst OVM, Liberalesso KP, Wiethan FM, Mota HB. Prevalência de alterações Fonoaudiológicas em pré-escolares da rede pública e os determinantes sociais. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(3): 727-33. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00727.pdf>
- Gatto AR, Rehder MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós Acidente Vascular Encefálico. *Rev. CEFAC*. 2006; 8(3): 320-27. <http://www.redalyc.org/html/1693/169320536009/>
- Mancopes R, Gonçalves BFT, Costa CC, Favero TC, Drozd DRC, Bilheri DFD, et al. Correlação entre o motivo do encaminhamento, avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia. *CoDAS*. 2014; 26(6): 471-5. http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n6/pt_2317-1782-codas-26-06-00471.pdf



20. Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007(c); 41(5): 726-31. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6219.pdf>
21. Silveira KBR, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr*. 2010; 86(3): 215-20. http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n3/en_a09v86n3.pdf
22. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N de, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 606-11. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25533.pdf>
23. Scopel RR, Souza VC, Lemos SMA. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da Linguagem: Revisão de Literatura. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(4): 732-41. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/33-11.pdf>
24. Goulart BNG, Chiari BM. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre Promoção da Saúde na infância e Prevenção de Distúrbios Fonoaudiológicos. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(4): 691-6. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n4/197-10.pdf>

