

## Conhecimento dos pediatras do Distrito Federal em relação à disfonia infantil

### Pediatricians' knowledge on paediatric dysphonia in the Federal District, Brazil

Jane Kátia Mendes Cravo Quintanilha<sup>1</sup>  
Jucielli Amaral Silva<sup>1</sup>  
Lygia Rondon de Mattos<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Casos de disfonias infantis, quanto mais cedo forem diagnosticados e tratados, mais facilmente poderão ser revertidos. O pediatra é o profissional que está em contato mais direto com a criança e, por isso, é importante que esteja capacitado para identificar esses casos. Se as crianças forem encaminhadas para avaliação fonoaudiológica, quando identificados os primeiros sintomas, mais rapidamente esses problemas poderão ser solucionados.

**Objetivo:** Verificar junto aos pediatras do Distrito Federal quais as condutas que costumam adotar quando recebem pacientes com sinais de disfonia infantil; quais as causas etiológicas mais prováveis e os tipos que aparecem com maior frequência em seus consultórios; e quais as opções de tratamento por eles sugeridas. Optou-se por investigar unicamente as patologias que apresentam a rouquidão como sintoma.

**Metodologia:** Foram entrevistados 50 pediatras, e cada um deles respondeu a um questionário composto de 11 questões fechadas, elaboradas.

**Conclusão:** Verificou-se que a conduta adotada pelos pediatras, quando identificam um caso de disfonia infantil, é a de investigar causas agudas, esperando que os sintomas regredam em um período médio de sete dias. As causas mais frequentes de disfonia são as laringites agudas. A maioria dos pediatras costuma encaminhar casos desse tipo para o médico otorinolaringologista. Nos em casos de disfonia funcional, grande parte dos pediatras já está consciente da necessidade de fazer o encaminhamento para tratamento fonoaudiológico.

**Palavras-chave:** Disfonia infantil; Pediatras; Rouquidão.

<sup>1</sup>Centro Universitário Planalto do Distrito Federal – UNIPLAN, Brasília-DF, Brasil.

**Correspondência**  
Lygia Rondon de Mattos, SQN 109,  
bloco I, apartamento 405, Brasília-DF,  
70752-090, Brasil.  
lygia10@gmail.com

Recebido em 13/dezembro/2006  
Aprovado em 03/setembro/2008

## ABSTRACT

**Introduction:** Early diagnosed cases of paediatric dysphonia can be easily reverted. Pediatricians are usually in direct contact with the child, so it is crucial that they be able to identify such cases. The sooner the child is redirected to a speech therapist, the more likely the problem will be successfully solved.

**Objective:** To report the usual practice of pediatricians in the Federal District regarding patients with symptoms of paediatric dysphonia, its most probable etiologies, and proposed treatment. We decided to investigate only the pathologies which have hoarseness as a symptom.

**Methodology:** 50 pediatricians were interviewed by means of a closed questionnaire made up of eleven questions.

**Conclusion:** We have noticed that the usual practice of pediatricians in the Federal District regarding patients with symptoms of paediatric dysphonia is to investigate its etiologies and expect the retrocession of symptoms to occur within seven days. The most frequent cause for dysphonia is acute laryngitis, so most pediatricians forward their patients to otolaryngologists. We conclude that a greater number of pediatricians is aware of the importance of redirecting these cases of functional dysphonia to a speech therapy treatment.

**Key words:** Paediatric dysphonia; Pediatricians; Hoarseness.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da laringe e da voz ocorre de maneira intensa e contínua desde o nascimento do bebê. As transformações sofridas pelo aparelho fonador ao longo dos anos ficam claras à medida que o resultado vocal produzido sofre modificações facilmente perceptíveis aos ouvidos. Conhecer e identificar a produção vocal esperada nas várias etapas da vida permite a melhor compreensão da qualidade vocal esperada, embasando a ação terapêutica<sup>1</sup>.

A laringe e a voz modificam-se gradativamente, acompanhando o desenvolvimento infantil, podendo sofrer alterações congênicas e/ou adquiridas. Os fatores de risco podem variar com o tipo de etiologia, sendo o abuso e o mau uso vocal as causas mais frequentes. Por isso, é importante um diagnóstico precoce e aprofundado dos casos de disfonia<sup>2</sup>.

Uma boa voz caracteriza-se por apresentar qualidade agradável, equilíbrio de ressonância, intensi-

dade adequada, tom e inflexões apropriadas à idade e ao sexo<sup>3</sup>. Uma disfonia representa uma dificuldade na emissão vocal que impede a produção natural da voz<sup>4</sup>. Tal dificuldade pode apresentar-se de várias maneiras, em idades e momentos distintos, bem como, com diferentes características. A disfonia pode ser conceituada como um distúrbio da comunicação oral, no qual a voz não consegue cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional do indivíduo<sup>1</sup>.

A rouquidão, tipo mais comum de disfonia infantil, acomete 6 a 23% das crianças. Apesar de geralmente não causar incômodo à criança, em alguns casos, pode ser sintoma de alguma enfermidade capaz de agravar-se caso não seja diagnosticada e tratada adequadamente<sup>5</sup>. Alavarsi et al. creditam a crescente incidência de problemas vocais em crianças nos últimos tempos às pressões do mundo moderno, que ocasionam o aumento de tensão e podem acarretar o mau uso ou o uso abusivo da voz<sup>6</sup>.

Em pesquisa realizada por Marchesan, foi identificado que apenas 16 de 1.168 crianças foram encaminhadas por pediatras a todas as áreas de atuação da Fonoaudiologia. Segundo o estudo, apenas um pequeno número de pediatras encaminha pacientes para a fonoterapia. A autora considera provável que muitos pediatras desconheçam qual é a atuação do fonoaudiólogo<sup>7</sup>.

O objetivo deste trabalho é verificar junto aos pediatras do Distrito Federal quais as condutas que costumam adotar quando se deparam com pacientes que apresentam sinais de disфония infantil. Procurou-se que relatassem quais as causas etiológicas mais prováveis e que aparecem com maior frequência em seus consultórios. Também se buscou saber se os pais costumam identificar os distúrbios vocais de seus filhos e comentá-los com esses médicos. Por fim, o trabalho pretende identificar quais as opções de tratamento sugeridas pelos pediatras para os diversos quadros de disфония infantil.

Como o pediatra é o profissional que está em contato mais direto com a criança durante boa fase do desenvolvimento desta, é necessário que tenha uma formação que lhe permita identificar e encaminhar para tratamento os casos de disфония na infância. Se as crianças com disфония forem encaminhadas para avaliação fonoaudiológica quando identificados os primeiros sintomas, mais rapidamente esses problemas podem ser solucionados. Quanto mais cedo forem diagnosticadas e tratadas, mais facilmente as disфонияs poderão ser revertidas.

Em nossa pesquisa, tentamos saber em que medida os pediatras estão sendo capazes de identificar os casos de disфония na infância e se estão encaminhando esses casos para tratamento fonoaudiológico.

## MÉTODO

Foram entrevistados 50 médicos que já concluíram a residência pediátrica. A amostra de profissionais entrevistados corresponde a 7,72% (50/647) da classe registrada no Distrito Federal. Os profissionais foram escolhidos de forma aleatória, representando as classes dos serviços públicos e particulares de Brasília, no Distrito Federal.

O trabalho foi desenvolvido a partir da aplicação de um questionário publicado por Behlau e Soares<sup>4</sup>, contendo 11 questões fechadas, sendo que o entrevistado poderia assinalar mais de uma alternativa de resposta, exceto nas questões dicóticas

(Figura 1). O questionário foi distribuído no período de agosto a setembro de 2006, junto com um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo voluntária a participação.

O modelo de questionário foi escolhido por atender às necessidades da pesquisa em relação à conduta pediátrica nos casos de identificação de disфонияs infantis. Neste trabalho, optou-se por investigar unicamente as patologias que apresentam a rouquidão como sintoma. Mesmo sabendo-se que muitos quadros de disфонияs infantis podem não ter a rouquidão entre seus sintomas, esta opção deve-se ao fato de esse ser um sintoma facilmente identificado por qualquer pessoa.

As perguntas 1, 2, e 3 exploram a identificação da rouquidão como um sinal importante da existência de uma disфония. Buscam saber qual a conduta adotada pelos médicos quando se deparam com uma criança rouca e qual o tempo que consideram necessário esperar para que essa rouquidão regrida, antes de tomarem alguma providência mais efetiva.

As questões 4 e 5 procuram saber quais os procedimentos necessários para a investigação desse sintoma e quais os fatores etiológicos mais prováveis de sua origem. A questão 6 busca identificar qual é a causa de disфония mais frequente na clínica pediátrica.

As questões 7, 8 e 9 investigam a impressão do pediatra frente à atitude dos pais em relação à rouquidão da criança. Perguntam se eles percebem o sintoma e que explicação costumam dar para o problema.

A questão 10 investiga se há diferenças na incidência da disфония em relação a sexo. A questão 11 verifica as opções de tratamento adotadas nas disфонияs orgânicas e funcionais, sendo que as orgânicas foram subdivididas em agudas e crônicas.

Os dados foram analisados estatisticamente com apresentação em tabelas e agrupados da seguinte maneira:

Optamos por agrupar as respostas das questões 4, 5, 6, e 11, devido à existência de inúmeras possibilidades de combinações. Para a questão 4, agrupamos as patologias sugeridas em seis grupos:

- 4.1 infecções de vias aéreas superiores;
- 4.2 alergias;
- 4.3 refluxos gastroesofágico;

Figura 1

Questionario

Nome: \_\_\_\_\_

Subespecialidade: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

Assinalar uma ou mais alternativas:

1. Considera a rouquidão um sinal que deva ser investigado com maior cuidado?  
 sim  não  às vezes

2. Qual a conduta adotada quando recebe uma criança rouca?  
 aguarda que a rouquidão passe?  
 manda para exame laringológico  
 investiga causas agudas  
 outros. Qual? \_\_\_\_\_

3. Espera que a rouquidão regrida sozinha?  
 sim  não Por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 7 dias  15 dias  30 dias  6 meses  até adolescência

4. Ao identificar rouquidão em criança, considero como fatores etiológicos mais prováveis:  
 infecções de vias aéreas superiores  nódulos vocais  
 pólipos  abuso vocal  
 cisto intracordal  fatores psicológicos  
 alergias  características familiares  
 refluxo gastresofágico  tipo de voz

5. Para a investigação diagnóstica, qual(is) procedimento(s) necessário(s)?  
 exame clínico  encaminha para o otorrinolaringologista  
 exame laringológico  encaminha para o fonoaudiólogo  
 hemograma  encaminha para o psicólogo  
 RX

6. Quais as causas mais frequentes de disфонia em sua clínica

<input type="checkbox"/> laringites agudas	<input type="checkbox"/> nódulos vocais	<input type="checkbox"/> edema laríngeo
<input type="checkbox"/> laringites crônicas	<input type="checkbox"/> abuso vocal	<input type="checkbox"/> cistos
<input type="checkbox"/> outras infecções	<input type="checkbox"/> fatores psicológicos	<input type="checkbox"/> pólipos
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> ansiedade	<input type="checkbox"/> papilomas
<input type="checkbox"/> refluxo gastresofágico	<input type="checkbox"/> modelo familiar	<input type="checkbox"/> sulco vocal
<input type="checkbox"/> presença de corpo estranho	<input type="checkbox"/> paralisia de prega vocal	<input type="checkbox"/> laringomalácia
<input type="checkbox"/> estenose glótica	<input type="checkbox"/> distúrbios neurológicos	<input type="checkbox"/> tumores
<input type="checkbox"/> traumas laríngeos	<input type="checkbox"/> canto	

7. Na maioria das vezes, os pais percebem a rouquidão de seus filhos?  
 sim  não  às vezes

8. Os pais queixam-se da rouquidão dos seus filhos?  
 sim  não  às vezes

9. Os pais consideram a rouquidão:  
 características positiva da voz (bonita, charmosa, engraçadinha)  
 característica familiar  
 doença  
 outro. Qual? \_\_\_\_\_

10. De acordo com sua experiência, existe uma prevalência de sexo com relação às disfonias?  
 não  sim  feminino  masculino

11. Quais os tratamentos de escolha para os seguintes tipos de disфонia:

<b>Orgânica de causa aguda</b>	<b>Orgânica de causa crônica</b>	<b>Funcional</b>
<input type="checkbox"/> acompanhamento clínico	<input type="checkbox"/> acompanhamento clínico	<input type="checkbox"/> acompanhamento clínico
<input type="checkbox"/> conduta expectante	<input type="checkbox"/> conduta expectante	<input type="checkbox"/> conduta expectante
<input type="checkbox"/> orientação familiar	<input type="checkbox"/> orientação familiar	<input type="checkbox"/> orientação familiar
<input type="checkbox"/> tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> tratamento medicamentoso
<input type="checkbox"/> tratamento cirúrgico	<input type="checkbox"/> tratamento cirúrgico	<input type="checkbox"/> tratamento cirúrgico
<input type="checkbox"/> acompanhamento com ORL	<input type="checkbox"/> acompanhamento com ORL	<input type="checkbox"/> acompanhamento com ORL
<input type="checkbox"/> acompanhamento com fono	<input type="checkbox"/> acompanhamento com fono	<input type="checkbox"/> acompanhamento com fono

Autorizo a utilização destes dados em pesquisa científica,

\_\_\_\_\_

Assinatura

Brasília (DF) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006

- 4.4 abuso vocal;
- 4.5 laringites benignas: pólipo, cisto e nódulos vocais;
- 4.6 outros: fatores psicológicos, características familiares e o tipo de voz.

Para a questão 5, as respostas foram agrupadas em cinco grupos:

- 5.1 exames clínicos;
- 5.2 exames complementares: hemograma e raios X;
- 5.3 encaminhamento para o otorrinolaringologista: exame laringológico;
- 5.4 encaminhamento para o fonoaudiólogo;
- 5.5 encaminhamento para o psicólogo.

Na questão 6, foram, agrupadas em oito grupos:

- 6.1 laringites agudas;
- 6.2 alergias;
- 6.3 refluxos gastroesofágicos;
- 6.4 abusos vocais;
- 6.5 trauma laríngeo e edema laríngeo;
- 6.6 lesões benignas: pólipo, cisto, nódulos vocais e sulco;
- 6.7 lesões neoplásicas: tumores, laringites crônicas e papilomas;
- 6.8 outros: presença de corpo estranho, estenose glótica, distúrbios neurológicos, paralisia de prega vocal, fatores psicológicos, ansiedade e modelo familiar.

Para analisarmos a questão 11, agrupamos as respostas em cinco grupos:

- 11.1 acompanhamento clínico;
- 11.2 acompanhamento com o otorrinolaringologista;
- 11.3 acompanhamento com o fonoaudiólogo;
- 11.4 tratamento medicamentoso;
- 11.5 outros: orientação familiar, conduta expectante e tratamento cirúrgico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A voz da criança pode ser considerada como um valioso indicador de saúde ou doença, especialmente nos primeiros anos de vida, como recorda Wilson<sup>8</sup>. Todos os casos de rouquidão prolongada necessitam receber cuidados médicos imediatos, pois são inúmeras as doenças que apresentam entre seus sintomas mudanças na qualidade da emissão vocal. As pressões da vida moderna e seus exigentes modelos educacionais geram tensões e resultam, cada vez mais, na formação de padrões

hipertensos de fonação na infância. Como consequência, nos últimos anos vem sendo registrado um aumento da incidência de distúrbios vocais em crianças<sup>9</sup>.

Tabela 1

**Respostas sobre consideração da rouquidão como um sinal que deva ser investigado com maior cuidado, conduta e o tempo esperado para regressão do quadro.**

<b>Rouquidão é um sinal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	39	78
Não	-	-
Às vezes	11	22
<b>Conduta</b>		
Investiga causas agudas	43	86
Aguarda passar	2	4
Laringoscopia	9	18
Outros	6	12
<b>Tempo esperado</b>		
Não aguarda	18	36
Aguarda	32	64
7 dias	24	48
15 dias	7	14
30 dias	1	2

Observa-se na tabela 1 que, desta amostra, 78% dos médicos consideram a rouquidão um sinal que merece ser cuidado e 22% acreditam que às vezes é desnecessária uma investigação cuidadosa desse sinal. De acordo com Pinho, as desordens vocais estão sempre relacionadas com alterações na estrutura, função ou desenvolvimento, e devem ser adequadamente investigadas<sup>10</sup>. A maioria dos entrevistados investiga causas agudas 86%, enquanto 18% deles solicitam exame laringológico e 4% aguardam que o quadro regrida sozinho. Observamos que 64% dos pediatras esperam 7 dias para que a rouquidão regrida sozinha.

Pesquisa realizada com 133 pediatras na cidade de Curitiba (PR), por Soares e Behlau<sup>4</sup>, encontrou indicadores semelhantes aos apresentados neste trabalho. Cruzando esses resultados, pode-se inferir que os pediatras não consideram necessário realizar investigação da rouquidão ou o fazem somente em casos específicos. Pode-se inferir ainda que eles ajam assim, por acreditarem que as infecções agudas são as únicas causadoras da rouquidão.

A suspeita de quadros infecciosos foi a hipótese citada por 100% dos pediatras, outros fatores também muito citados foram os quadros de laringites crônicas não-infecciosas, como as alergias, com 62%; os refluxos gastroesofágicos, com 44%; e abuso vocal, com 30%. As laringites benignas (pólipos, cistos e nódulos) aparecem nas respostas de 68% dos entrevistados, ressaltando-se que 23%

dos pediatras consideram o pólipos como fator etiológico. Acontece que a faixa etária dos pacientes com pólipos costuma situar-se entre os 35 e 45 anos de idade, sendo muito rara sua ocorrência na infância<sup>1</sup>. As lesões mais comumente encontradas em crianças são os nódulos<sup>11</sup>.

Tabela 2

**Fatores etiológicos e procedimentos diagnósticos da disфонia infantil.**

Fatores etiológicos	n	%
Infecções de vias aéreas superiores	50	100
Alergias	31	62
Refluxo gastroesofágico	22	44
Abuso vocal	15	30
Laringites benignas	34	68
Outros	28	56
Procedimentos diagnósticos		
Exame clínico	35	70
Exame complementar	15	30
Encaminhamento ORL	37	74
Encaminhamento fonoaudiológico	16	32
Encaminhamento psicológico	1	2

Para investigação do diagnóstico, 70% dos pediatras realizam exames clínicos, enquanto 30% encaminham os pacientes para exames complementares como raios X e hemograma. Acredita-se que esses exames são pedidos como rotina, para investigação do comprometimento das vias aéreas e para esclarecimento da existência de infecção<sup>2,13</sup>. São encaminhados ao otorrinolaringologista 74% dos pacientes e 32% deles são encaminhados ao fonoaudiólogo. As partes anatômicas da laringe são inspecionadas pelo otorrinolaringologista, enquanto o fonoaudiólogo avalia a função e a qualidade vocal. Tais respostas levam a crer que o fonoaudiólogo é visto como o profissional que atua somente na reabilitação<sup>4</sup>.

Tabela 3

**Causas mais frequentes e a prevalência do sexo com relação às disfonias.**

Causas da disфонia	n	%
Alergias	34	68
Refluxo gastroesofágico	17	34
Abuso vocal	12	24
Laringites agudas	48	96
Trauma laríngeo	19	38
Lesões benignas	29	58
Lesões Neoplásicas	14	28
Outras	48	96
Prevalência		
Não há	34	68
Feminino	3	6
Masculino	10	20

De acordo com a tabela 3, as laringites agudas foram citadas por 96% dos pediatras como as principais causas das disfonias. A segunda causa de disфонia, citada por 68% dos pediatras, foi relacionada às alergias. As lesões benignas foram citadas por 58% dos médicos entrevistados. Hungria explica que as laringites agudas são muito freqüentes na infância, devido à maior riqueza de tecido linfóide e de tecido conjuntivo frouxo submucoso. A infecção repetitiva de todo trato aéreo pode levar à instalação de padrões nocivos ao comportamento vocal da criança, como tosse, pigarro, elevação da intensidade vocal, ataque vocal brusco, tensão ao falar, dentre outros que podem perpetuar-se até a idade adulta<sup>14</sup>.

Os meninos são mais acometidos pela desordem vocal que as meninas, em uma razão de 3:1. Ferreira acredita que isso se deve ao fato de que os meninos têm um comportamento social mais agressivo e mais competitivo que as meninas, em geral<sup>5</sup>. Entretanto, 68% dos entrevistados relataram não haver prevalência de sexo nos seus pacientes, não correspondendo à informação bibliográfica pesquisada. Entre os que identificaram a existência de prevalência entre sexos, 20% relatou ser a rouquidão mais freqüente em crianças do sexo masculino e 6% afirmou haver maior freqüência entre crianças do sexo feminino.

Segundo os pediatras entrevistados na presente pesquisa, 68% relataram que os pais identificam a rouquidão de seu filho, 20% dos pais às vezes se queixam da voz rouca e 12% dos pais não percebem a alteração vocal em seus filhos.

Muitos autores correlacionam fatores emocionais, de dinâmica familiar conturbada, com as disfonias infantis, principalmente aquelas relacionadas com o mau uso vocal<sup>16,17,12</sup>. Segundo Tabith, as queixas que os pais apresentam aos médicos com maior freqüência referem-se às alterações na qualidade vocal (altura, intensidade e timbre)<sup>15</sup>.

Os pais e os profissionais que atendem às crianças, na opinião de Hersan, estão muito mais atentos ao desenvolvimento da linguagem e à questão articulatória do que às alterações vocais, o que explicaria a queixa limitada com relação a esses outros casos<sup>16</sup>.

Pais e professores dão pouca importância às alterações vocais das crianças, segundo concluíram Maiorino et al.<sup>18</sup> Perguntou-se aos pediatras o que pensam os pais sobre a voz rouca de seus filhos e quais as hipóteses por eles levantadas. Identificou-

se que 68% dos pais caracterizam a rouquidão como doença, esse número é igual à percentagem de pais que se queixam da rouquidão de seus filhos. Isso corrobora a hipótese de que esses pais se queixam da rouquidão por acreditar que ela seja uma doença. Já 16% dos pais acreditam ser uma característica familiar; 14% creditam a rouquidão a outras causas e 12% a consideram uma característica positiva da voz. Esse grupo não considera a rouquidão uma patologia e aceita sem maiores conflitos o padrão vocal disfônico como “chamozinho”, oferecendo um forte argumento contra a necessidade de intervenção terapêutica<sup>8</sup>.

Tabela 4

Habilidade dos pais em identificar a disфонia, a presença da queixa de voz e hipótese perante a rouquidão de seus filhos.

	Identificação da disфонia		Queixa de voz	
	n	%	n	%
Sim	34	68	28	56
Não	6	12	3	6
Às vezes	10	20	20	40
<b>Hipóteses</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Característica positiva da voz	6	12		
Característica familiar	8	16		
Doença	34	68		
Outros	7	14		

As alterações vocais na infância, apresentadas de forma isoladas, nem sempre mereceram o cuidado devido, especialmente por parte da família, de acordo com Pinho<sup>10</sup>. Muitos ainda consideram a rouquidão infantil um sintoma temporário e sem importância, geralmente associado à infecção ou ao abuso vocal<sup>10</sup>. Behlau afirma que os pais e profissionais que cuidam das crianças, dificilmente identificam os problemas de voz como alterações que mereçam investigação e tratamento, considerando a rouquidão parte do processo normal de desenvolvimento<sup>17</sup>.

Tabela 5

As opções de tratamento com relação às disфонias orgânicas agudas, crônicas e funcionais pelos pediatras.

Opções de tratamento	Disфонia					
	Orgânica aguda		Orgânica crônica		Funcional	
	n	%	n	%	n	%
Acompanhamento clínico	46	92	26	52	26	52
Acompanhamento com ORL	12	24	42	84	30	60
Acompanhamento com Fono	7	14	30	60	41	82
Tratamento medicamentoso	30	60	13	26	5	10
Outros	27	54	21	42	19	38

A literatura especializada relata a existência de diversas categorias de disфонias. Neste trabalho estão sendo consideradas disфонias funcionais aquelas em que a morfologia e a mobilidade das estruturas laríngeas estão preservadas, verificando-se, porém, alterações no processo da emissão vocal, conforme o conceito apresentado por Hersan<sup>8</sup>. De outra parte, entendemos por disфонias orgânicas aquelas que têm suas causas em outras alterações, cujas etiologias independem do uso da voz, seguindo o exposto por Behlau e Pontes<sup>2</sup>. Não foi utilizado na investigação o termo “disфонia organicofuncional” – que tem sido usado para qualificar uma possível evolução das disфонias funcionais – para evitar criar-se um fator de dúvida entre os entrevistados. Como é sabido, esta é uma nomenclatura recente, que não consta na maioria da bibliografia otorrinolaringológica, aparecendo somente na literatura atual e específica sobre as patologias laríngeas<sup>4</sup>.

Nas patologias de causa funcional, é inegável a contribuição do tratamento fonoterápico. Mesmo naquelas em que existe a necessidade de tratamento cirúrgico da lesão secundária, a fonoterapia tem como objetivo adequar o comportamento vocal. Nas disфонias orgânicas é cada vez mais aceita a contribuição do tratamento fonoaudiológico após a intervenção médica, no sentido de maximizar o rendimento funcional, minimizar seqüelas, desenvolver compensações das estruturas remanescentes e auxiliar a aceitação de uma nova voz<sup>2,16</sup>.

Disфонias agudas são aquelas que não ultrapassam 15 dias de quadro clínico e geralmente são causadas por infecções laríngeas (gripe, laringites, etc), sendo tratadas com medicamentos e repouso vocal.

A Tabela 5 mostra a distribuição das opções de tratamentos aplicados pelos pediatras nos casos de disфонias orgânicas agudas, crônicas e funcionais. Nesta investigação se identificou que as disфонias orgânicas agudas foram preferencialmente tratadas pelos pediatras em 92% e 60% com tratamento medicamentoso. O acompanhamento com otorrinolaringologista foi escolhido em 24% e o acompanhamento com fonoaudiólogo em 14%.

Nos casos de disфонia crônica, caracterizados por quadros sintomáticos mais persistentes no tempo e carentes de solução, independentemente da forma de estabelecimento<sup>10</sup>, o acompanhamento com otorrinolaringologista foi citado por 42 pediatras (84%), enquanto o acompanhamento com fonoaudiólogo foi citado por 30 médicos (60%), e 26 dos entrevistados (52%) realizam acompa-

nhamento clínico. Isso se deve ao fato de que a criança, mesmo quando está sendo acompanhada por outros profissionais, continua freqüentando o atendimento pediátrico. O tratamento cirúrgico foi citado por 3 pediatras (6 %) e o tratamento medicamentoso por 13 deles (26 %).

Nos casos de disфония funcional, observa-se que o acompanhamento clínico foi o tratamento escolhido por 52% dos pediatras; o encaminhamento ao otorrinolaringologista foi a opção de 60% deles; e grande parte dos pediatras (82%) indicaram o acompanhamento com o fonoaudiólogo.

Ao analisar os dados, observa-se que, em casos de disфония orgânica, seja de causa aguda ou crônica, os pediatras associaram muito o acompanhamento clínico com encaminhamento para o fonoaudiólogo e otorrinolaringologista para trabalho conjunto. Em quadros de disfonias funcionais, a terapia fonoaudiológica é geralmente o tratamento prioritário e, em casos orgânicos, o otorrinolaringologista é o profissional mais indicado.

A disфония na criança parece ser um pouco mais complexa devido à grande dificuldade em se determinar a etiologia, especialmente nos quadros funcionais<sup>19</sup>. Na maioria das vezes, a alteração vocal é considerada uma consequência de abusos vocais e de mau uso das estruturas fonatórias, o que caracteriza uma disфония funcional.

Enquanto o otorrinolaringologista atua na inspeção da laringe, orientação quanto condutas medicamentosas, orientações básicas e até mesmo cirúrgicas, o fonoaudiólogo avalia o comportamento vocal e atua na terapia, com objetivo de adequar a qualidade vocal, a respiração, e, por meio desse trabalho, a reabilitação vocal pode ser garantida<sup>2</sup>. No que se refere à abordagem de crianças que já têm alguma alteração de voz, fica explícita, na literatura fonoaudiológica e médica, que o tratamento de eleição é a fonoterapia, tendo em conta ser um procedimento não invasivo e que pode colaborar muito no sentido de prover mudanças na atitude da criança e na de sua família sobre a comunicação<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

Após a análise detalhada das respostas obtidas junto aos pediatras entrevistados, conclui-se que:

Mesmo sendo a rouquidão um sinal da existência de uma disfunção que deve ser investigada cui-

dadosamente, a maioria dos pediatras procede na averiguação de causas agudas e aguarda que ela regreda em um período de sete dias.

Todos os pediatras consideram infecções de vias aéreas superiores como o fator etiológico mais provável para a ocorrência de disfonias, sendo que grande parte desses médicos também considera as laringites crônicas não infecciosas – abusos vocais, alergias e refluxo gastroesofágico – como causadoras do distúrbio vocal na criança. É importante ressaltar que 23% dos pediatras consideraram o pólipos como fator etiológico, mas de acordo com a literatura o pólipo acomete pacientes da faixa etária de 35 a 45 anos, e é de ocorrência muito rara na infância.

O exame clínico e o encaminhamento ao otorrinolaringologista são os procedimentos diagnósticos mais utilizados para investigar as causas da rouquidão.

A maioria dos pediatras afirma que, de acordo com sua experiência clínica, não há prevalência de sexo para a ocorrência de disfonias na infância. Alguns, no entanto consideram que as disfonias atinjam mais a crianças do sexo masculino.

Os pediatras afirmam que os pais identificam e se queixam da disфония como um sinal de doença.

Para o tratamento das disfonias de causa orgânica aguda, a opção de tratamento mais indicado pelos pediatras inquiridos foi o acompanhamento clínico. Nos casos de tratamento das disfonias de causa orgânica crônica, foi recomendada a ação conjunta de um otorrinolaringologista com um fonoaudiólogo. O acompanhamento do fonoaudiólogo foi o tratamento mais indicado pelos pediatras para os casos de disfonias funcionais.

## BIBLIOGRAFIA

1. Behlau M, Madazio G, Pontes P – Disfonias organofuncionais In. Behlau, Mara (org). *Voz o livro do especialista*. 2ª impressão, vol.I. Revinter, Rio de Janeiro, 2004. cap.5
2. Behlau MS, Pontes PA – Avaliação e Tratamento das Disfonias. São Paulo, ed. Lovise, 1995.
3. Hersan RG, - Disфония Infantil. In: Lopes FO – *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo, ed. Roca, 1997. Cap:30.

4. Soares MFP, Behlau M- Conhecimento dos Distúrbios Vocais Infantis pelos Pediatras. In: Behlau M (org.) *A voz do Especialista*. Vol II. Revinter, 2001. cap.7
  5. Ferreira LP (org) *Trabalhando a voz, vários enfoques em fonoaudiologia*. 4ª edição. São Paulo: Summus, 1988. p.99-107.
  6. Allavars E, Sacaloski M, Guerra GR – *Fonoaudiologia na Escola*. São Paulo, ed. Lovise, 2000.
  7. Marchesan IQ. *Pediatras Encaminham Pacientes para Fonoaudiólogos?*. Painel acessado em 20/06/2006. II Congresso on-line Brasileiro de Fonoaudiologia. [HTTP:// www.supercongresso.com.br](http://www.supercongresso.com.br)
  8. Hersan RC – Disfonia na Infância. Abordagem Fonoaudiológica. In: Pinho, S.M.R., Domingos, H.T., Bohadana, S.C., *Fundamentos em laringologia e voz*. 1ª edição, Revinter- 2005.
  9. Wilson DK. *Problemas de voz em crianças*. São Paulo, 3ª edição. Manole, 1994.
  10. Pinho SMR – Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os distúrbios da voz. 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
  11. Boone DR, Plante E – Comunicação Humana e seus Distúrbios. Porto Alegre, ed. Artes Médicas, 1994.
  12. Andrews ML –Terapia vocal para crianças. Os primeiros Anos Escolares. Porto Alegre, ed. Artes Médicas, 1988.
  13. Colton RH, Casper JK, - Compreendendo os Problemas de Voz. *Uma Perspectiva Fisiológica ao Diagnóstico e ao Tratamento*. Porto Alegre, ed. Artes Médicas, 1996.
  14. Hungria H-Otorrinolaringologia. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan 2000.
  15. Tabith AJ- Foniatria. São Paulo, Cortez, 2000.
  16. Hersan RC. Avaliação de voz em crianças. *Pró-Fono* 1991; 3-39.
  17. Behlau M – O desenvolvimento da voz em crianças. *Temas sobre desenvolvimento*, 1991; 1-36.
  18. Maiorino V, Guilherme A, Silva RM. Estudo da frequência e etiologia da disfonia em escolares brasileiros. In: Marchesan I, Zorzi J, Bolaff C: *Tópicos em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
  19. Soares EQW, Pinho SMR, Ferreira VJA, - Refluxo Gastroesofágico: Alterações Laríngeas e Disfonia na Criança. In: Revista CEFAC 2001; 3:45-52.
  20. Servilha EAM- Voz na Infância. In: Piccolotto FL. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo, Roca, 2004.
-