



## O acesso de usuários à fonoaudiologia em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas

*User access to speech-language pathology care in a Primary Health Unit in Campinas*

Ana Cláudia Fernandes <sup>1\*</sup>, Stefani Valério de Oliveira <sup>2</sup>, Rafael Rodrigues de Moraes <sup>3</sup>, Veronica Andrea Gonzalez-Lopez <sup>4</sup>, Nubia Garcia Vianna <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Fonoaudióloga, Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), Brasil, <sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Fonoaudióloga, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), Brasil, <sup>3</sup> Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Doutorando em Demografia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), Brasil, <sup>4</sup> Instituto de Matemática, Estatística e Ciências da Computação, Departamento de Estatística, Professora Doutora, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), Brasil, <sup>5</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação, Fonoaudiólogo e Professora Doutora, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), Brasil).

\*Autor correspondente: Ana Cláudia Fernandes – Email: dra.anaclaudiafernandes@gmail.com

### RESUMO

Identificar o perfil dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, aspectos da dimensão técnica do acesso à Fonoaudiologia e apontar fatores significantes para o tempo até o atendimento. Estudo descritivo-analítico observacional, longitudinal e análise de sobrevivência, a partir da análise de 242 atendimentos registrados de 2012 a 2020. Dentre os casos, 77,7% eram de crianças de até 10 anos; 64,9% meninos; 69,8% com queixas na área da linguagem e encaminhados pelo pediatra (47,5%). Dias transcorridos até o acolhimento, origem do encaminhamento, faixa etária e queixa são significantes para o tempo até o atendimento. Os resultados apontaram a necessidade de reforçar o atendimento para as queixas de alteração de motricidade orofacial, atraso de linguagem, desvio fonológico, dificuldade escolar/leitura e escrita e gagueira. A presença de estagiários e residente de Fonoaudiologia contribuiu com o acesso dos usuários, possibilitando maior identificação das demandas.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Básica. Epidemiologia. Fonoaudiologia. Saúde Coletiva.

### SUMMARY

To identify the profile of users of a Basic Health Unit, aspects of the technical dimension of access to Speech Therapy, and to point out significant factors for the time until access to service. Observational, descriptive-analytical, longitudinal, and survival analysis study based on the analysis of 242 recorded services from 2012 to 2020. Among the cases, 77.7% were children up to 10 years old, 64.9% were boys, and 69.8% had complaints in the language area and were referred by a pediatrician (47.5%). Days elapsed until reception, referral source, age group, and complaint are significant for the time until service. The results indicated the need to reinforce the service for complaints of orofacial motor skills alteration, language delay, phonological deviation, school difficulty/reading and writing, and stuttering. The presence of interns and a resident in Speech Therapy contributed to user access, enabling greater identification of demands.

**Keywords:** Access to Health Care. Primary Care. Epidemiology. Speech-language Pathology. Public Health.

## INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia tem se mostrado cada vez mais uma profissão necessária para ampliação do escopo da Atenção Básica (AB) e da integralidade do cuidado. Os profissionais que outrora se limitavam à atuação reabilitadora, reclusos nos consultórios ambulatoriais e nos hospitais, hoje se veem ocupando territórios adscritos às Equipes de Saúde da Família ou de Equipes de Atenção Básica, desenvolvendo ações não apenas clínico-assistenciais, mas também de promoção à saúde, de prevenção, vigilância e redução de danos<sup>1</sup>.

Foi por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>2</sup>, denominado, desde 2017, pela Política Nacional de Atenção Básica de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>3,4</sup> que a atuação da Fonoaudiologia na Atenção Básica ganhou legitimidade ao se configurar como uma das profissões que poderiam compor essas equipes. O trabalho seria de apoio matricial às equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF), se configurando como retaguarda especializada, em duas dimensões: técnico-pedagógica e clínico-assistencial<sup>4,5</sup>.

Em termos de desenho sanitário, o sistema de saúde do Chile, Espanha e Itália se assemelham ao do Brasil, dividindo-se entre níveis de atenção primária, secundária e terciária. Nestes países busca-se, também, um modelo integral com foco na atenção familiar e comunitária, sendo a atenção primária e comunitária principal componente de articulação com outros serviços da rede. Sendo assim, observa-se também no cenário internacional a relevância da atenção básica como porta de entrada no sistema e distribuição dos fluxos de atendimento para os demais níveis de atenção<sup>6,7</sup>.

Existe, no Chile, por exemplo, a necessidade de a Fonoaudiologia adentrar aos espaços da atenção primária, estando a figura do fonoaudiólogos alocada em maior frequência em

serviços de atenção especializada/secundária e de urgência e hospitais e escolas, muitos inclusive privados. Saavedra e Lizana<sup>6</sup> também discutem a relevância de uma formação direcionada ao trabalho da atenção primária para o cuidado comunitário, de promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde, como forma de favorecer a presença do fonoaudiólogo na Atenção Básica e o acesso.

No Brasil, por outro lado, o fonoaudiólogo do NASF tem por função atuar, tanto no campo da saúde, de forma interdisciplinar e até transdisciplinar, quanto em seu núcleo específico de formação. Este profissional pode realizar ações comuns a todos os profissionais do NASF e, em sua atuação, deve promover condições que favoreçam a comunicação humana, por meio de ações específicas de avaliação, reabilitação e de prevenção e de promoção à saúde<sup>1</sup>.

Nagrauação do curso de Fonoaudiologia, o discente deve ter em sua matriz curricular conteúdos da área da saúde coletiva, sobretudo, da Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre a atuação da Fonoaudiologia na APS por meio do trabalho nos NASF-AB, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como cenários de práticas de estudantes<sup>8,9,10,11</sup>.

Apesar dos avanços das últimas décadas, ainda há inúmeros desafios para inserção desta categoria profissional na AB, seja por meio dos NASF ou não, o que se configura como barreira de acesso a este profissional na AB, seja porque os NASF não alcançaram a cobertura que se esperava<sup>12</sup>, ou porque nem sempre há este profissional contemplado nas equipes de NASF<sup>13</sup>. De modo geral, a inserção da Fonoaudiologia na APS é restrita e se dá de forma irregular no território nacional, com predomínio de fonoaudiólogos na região sudeste do Brasil<sup>14</sup>.

Dentre as possíveis definições de acesso, Assis e Jesus<sup>15</sup> o conceitua a partir de quatro dimensões teóricas explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão

política refere-se ao desenvolvimento de consciência sanitária e organização da população, na qual engloba a participação social, tomada de decisões, acompanhamento dos processos, entre outros. A dimensão econômica é referente à oferta e demanda e lida com investimentos na rede pública e barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas<sup>9</sup>. A dimensão técnica é referente à entrada do indivíduo na rede de saúde propriamente dita, o acolhimento ao usuário, o horário de atendimento, a integralidade da atenção ao sujeito, o compromisso e o vínculo. Por último, a dimensão simbólica refere-se à representação social da atenção à saúde, além de suas especificidades, como a disponibilidade, acessibilidade, capacidade financeira, adequação funcional e aceitabilidade.

O acesso ao profissional de Fonoaudiologia no nível primário de atenção tem se tornado ainda mais difícil a partir de 2019, com a criação do Programa Previnde Brasil e, de 2020, com a Pandemia de Covid-19, fatores estes que determinam sobremaneira a interrupção da ampliação do NASF e forte retrocesso na cobertura nacional<sup>4</sup>, levando a uma diminuição de fonoaudiólogos vinculados aos NASF ou a atuação destes profissionais na APS da forma como as gestões municipais acharem mais apropriada.

Diante do exposto, objetivou-se analisar o perfil dos usuários e expor os aspectos da dimensão técnica do acesso à Fonoaudiologia no contexto da AB em uma UBS de Campinas. Como segundo propósito buscou-se identificar fatores significantes que impliquem num maior tempo de espera do atendimento.

## MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa descritivo-analítica observacional e longitudinal. Os dados foram coletados em uma UBS do Distrito Norte de Campinas que funciona com quatro Equipes de Saúde da Família e que conta,

desde 2009, com o Estágio da Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Campinas e, no ano de 2020, com a Residência Multiprofissional em Saúde - área de concentração criança e adolescente, desta mesma universidade. Até o ano do estudo não existia um serviço de Fonoaudiologia na UBS, mas apenas práticas desenvolvidas por estagiários do 3º ano de graduação em Fonoaudiologia (de 2009 a 2020) e por fonoaudiólogo Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (em 2020). Os estudantes em formação realizavam: ações de prevenção e de promoção à saúde em escolas, em Organizações Não-Governamentais (ONG) e na própria UBS; acolhimento; avaliação; terapia fonoaudiológica individual ou em grupo; visitas domiciliares, entre outras.

Neste estudo, o foco recai sob uma base de dados que foi construída para organização do serviço prestado pelo estágio de Fonoaudiologia e que, posteriormente, serviu para o Programa de Residência também como forma de organização do serviço oferecido. As informações constantes nessa base de dados dizem respeito à atuação clínico-assistencial da prática fonoaudiológica que exclusivamente envolve: “acolhimento”, “avaliação” e “terapia fonoaudiológica”. A partir dessa fonte, foi realizado recorte, segundo a data do encaminhamento à Fonoaudiologia de janeiro/2012 a dezembro/2020, totalizando uma amostra não probabilística de 242 casos, envolvendo todas as faixas etárias.

Este é um estudo observacional, conformado por duas instâncias, cuja primeira instância é apresentada uma análise descritiva univariada formada por tabelas de frequência, tanto absolutas (*f*), quanto percentuais (%), que busca descrever o comportamento das variáveis da base de dados. As variáveis são descritas nas Tabelas 1 e 2, que buscam explorá-las em relação ao perfil dos usuários, da UBS e ao acesso à Fonoaudiologia. A Figura 1 mostra um gráfico comparativo entre o número de encaminhamentos e o número de acolhimentos na UBS.

Uma segunda instância do estudo apresenta diversas análises de sobrevivência. A Figura 2 reporta a análise de sobrevivência do número de dias entre encaminhamento e atendimento fonoaudiológico na UBS, sem considerar os diferentes níveis que as variáveis (como sexo, faixa etária, etc) podem apresentar. As análises de sobrevivência que levam em conta os níveis das variáveis são resumidas na Tabela 3, bem como detalhadas graficamente nas Figuras 3, 4, 5 e 6.

A Tabela 1 apresenta um resumo que retrata o comportamento das variáveis buscando extrair o perfil dos usuários e da UBS de atendimento (bem como seus níveis), sendo elas:

- a) Sexo (dois níveis): Masculino e Feminino;
- b) Faixa etária, em anos completos, do paciente na data do encaminhamento (cinco níveis): Até 2 anos, de 2 a 5 anos, de 5 a 10 anos, de 10 a 15 anos e mais de 15 anos;
- c) Queixa fonoaudiológica (sete níveis): Alterações de motricidade orofacial, Alterações vocais, Atraso de linguagem, Desvio fonológico, Dificuldade escolar/leitura e escrita, Gagueira, Outros. A categoria Outros engloba as seguintes queixas: Suspeita de perda auditiva, Cerúmen, Alterações de Comportamento, Hábitos Deletérios, Suspeita de perda auditiva associada a trocas na fala (em crianças acima de 5 anos), Deficiência Intelectual, Atraso DNPM, Autismo, Afasia, Sensibilidade Alimentar, Alterações de Processamento Auditivo Central (PAC), Disfagia, Disgrafia + Apraxia de Fala, Apraxia ou Disartria, Surdez, Zumbido, Não Consta.
- d) Equipe de Saúde da Família (quatro níveis): Amarela, Azul, Laranja e Verde. A lista seguinte de variáveis é resumida na Tabela 2 e é relacionada ao acesso à Fonoaudiologia.
  - a) Local de origem do encaminhamento (cinco níveis): Escolas, ONG, UBS, Unicamp, Outros;
  - b) Profissionais que encaminharam (cinco níveis): Educadores, Fonoaudiólogos, Pediatras, Psicólogos, Outros;
  - c) Situação dos pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia (cinco níveis): Atendimento Fonoaudiológico na UBS, Desligamentos, Encaminhamento para outro serviço, Pendente para o Acolhimento, Não Consta;
  - d) Desfechos dos pacientes encaminhados para o Atendimento Fonoaudiológico na UBS (oito níveis): Alta, Desligamento por contato sem sucesso, Desligamento por faltas, Desligamento pois mudou de região, desligamento por incompatibilidade de horário, Em atendimento fonoaudiológico na UBS, Encaminhado para outro Serviço, Pendente para o Atendimento;
  - e) Motivo do desligamento de pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia (seis níveis): Desligamento por contato sem sucesso, Desligamento por incompatibilidade de horário, Desligamento pois mudou de região, Desligamento pois não compareceu ao acolhimento, Desligamento pois não tem mais queixa, Está sendo acompanhado em outros serviço;
  - f) Motivo dos encaminhamentos de pacientes para outro serviço e/ou profissional após acolhimento em Fonoaudiologia (dez níveis): Encaminhamento Associação dos Cirurgiões Dentistas Campinas (ACDC)/MANDIC/Frenectomia, Encaminhamento Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE), Encaminhamento Associação de Pais e Amigos de Surdos de Campinas (APASCAMP), Encaminhamento Casa da Criança Parálitica, Encaminhamento Centro de

Estudos e Pesquisas em Reabilitação (CEPRE), Encaminhamento Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Encaminhamento para psicologia na UBS, Encaminhamento Saber Interdisciplinar em Aprendizagem (SABIÁ), Encaminhamento Policlínica, Outros.

Numa segunda instância após a análise das Tabelas 1 e 2, o propósito foi investigar se os diferentes níveis das variáveis (aquelas resumidas na Tabelas 1, Local de origem do encaminhamento, Profissionais que encaminharam da Tabela 2 e tempo (em dias) entre o encaminhamento e o acolhimento) levam a uma alteração significativa (ao nível de significância de 5%) quanto ao tempo transcorrido entre a data do encaminhamento e a data do atendimento. Isso significa que os questionamentos do estudo foram: o tempo entre o encaminhamento e o atendimento é diferente, quando observado para sexo masculino e feminino, separadamente? Por exemplo, o tempo entre o encaminhamento e o atendimento é diferente quando consideramos níveis de faixa etária ou queixa fonoaudiológica? Se existir uma diferença, tal constatação poderá apontar a necessidade de reforço no atendimento em determinados setores da UBS ou para determinado perfil de paciente.

A base de dados apresenta uma característica específica, já que há registros (pacientes) que se retiram do estudo antes de que seja possível oferecer o atendimento ou que permanecem aguardando o atendimento até o encerramento do estudo, e remover tais casos (conhecidos como casos censurados na estatística) da base de dados não é prudente, pois o tamanho amostral (242) sofreria uma diminuição, comprometendo a viabilidade da análise. A censura é definida como aqueles casos nos quais houve um desligamento do usuário (voluntário ou não) ou o término do período de análise, sem que tenha sido possível atendê-lo (conduta pós-acolhimento igual a “não consta”

ou “pendente para acolhimento”). Assim, o perfil da base de dados possibilitou o enquadramento natural deste estudo na análise de sobrevivência, viabilizando a interpretação probabilística no tempo até o atendimento fonoaudiológico para um determinado paciente, sem remover dados censurados.

Para atestar uma eventual diferença significativa entre o tempo até o atendimento fonoaudiológico para os diferentes níveis das variáveis foi empregado o teste estatístico log-rank, por sua vez calculado com base nas curvas de sobrevivência e cuja rejeição da hipótese nula implica que, em algum momento do tempo, uma curva difere significativamente das demais<sup>16</sup>.

No contexto deste estudo definiu-se atendimento fonoaudiológico, como sendo o evento de interesse, que pode compreender as seguintes situações: 1) avaliação seguida de encaminhamento para outro serviço mais apropriado; 2) avaliação, fonoterapia, com possíveis desfechos de alta ou desligamento por outros motivos. Para comparar graficamente a probabilidade de atendimento fonoaudiológico em relação às características associadas ao paciente foram empregados os estimadores não-paramétricos de Kaplan-Meier na construção de curvas de sobrevivência<sup>17</sup>.

Para comparação numérica das curvas de Kaplan-Meier foi utilizado o teste log-rank, como previamente reportado, a nível de significância 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, sob nº CAAE 39149320.3.0000.5404 e parecer nº 4.513.035/2019, sendo respeitadas as diretrizes e os critérios estabelecidos pela Declaração de Helsinki e pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Objetivando descrever e analisar o perfil dos usuários, identificou-se que no período de 2012 a 2020, 223 pessoas foram encaminhadas

para atendimento fonoaudiológico, em sua maioria pessoas com menos de 15 anos (192-86,1%). Considerando os casos que reingressaram como casos novos, por terem sido reencaminhados, o total se eleva para 242 e desse total, 209 registros correspondem a pacientes de idade inferior ou igual a 15 anos, representando 86,4%.

A Tabela 1 evidencia o perfil dos usuários com demandas fonoaudiológicas na UBS quanto ao sexo, faixa etária, queixa fonoaudiológica e Equipe de Saúde da Família na qual estava cadastrada. Quanto ao sexo, há uma predominância do sexo masculino (148-64,9%),

em relação à faixa etária predomina a de 2 a 5 anos (84-34,7%), quanto à queixa fonoaudiológica, o maior número de casos é reportado no nível: desvio fonológico (88-36,4%). Por último, em relação à Equipe de cadastro, a predominância é da equipe Amarela (65-26,9%).

No que se refere a divisão em equipes a UBS estudada sempre funcionou com quatro Equipes de Saúde da Família, sendo que a Vermelha foi absorvida por outra UBS, deixando de fazer parte da área adscrita da unidade em análise e, a Amarela, se desmembrou em duas – Amarela e Laranja.

**Tabela 1.** Perfil dos usuários com demandas fonoaudiológicas na UBS, de 2012 a 2020.

Variável	N	N (%)
<b>(a) Sexo</b>	242	
Feminino		87(36,0%)
Masculino		155 (64,0%)
<b>(b) Faixa Etária</b>	242	
Até 2 anos		30 (12,4%)
2 a 5 anos		84 (34,7%)
5 a 10 anos		74 (30,6%)
10 a 15 anos		21 (8,7%)
Mais de 15 anos		33 (13,6%)
<b>(c) Queixa fonoaudiológica</b>	242	
Desvio fonológico		88 (36,4%)
Outros		43 (17,8%)
Atraso de linguagem		29 (12,0%)
Dificuldade escolar/leitura e escrita		26 (10,7%)
Gagueira		26 (10,7%)
Alterações de motricidade orofacial		15 (6,2%)
Alterações vocais		15 (6,2%)
<b>(d) Equipe de Saúde da Família</b>	242	
Amarela		65 (26,9%)
Azul		59 (24,4%)
Laranja		31 (12,8%)
Verde		84 (34,7%)
Vermelha		3 (1,2%)



A Tabela 2 evidencia a distribuição dos usuários segundo: (a) local de origem do encaminhamento, (b) profissionais que encaminharam, (c) situação da demanda de pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia, (d) desfechos dos pacientes encaminhados para atendimento fonoaudiológico na UBS, (e) motivo do desligamento de pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia e (f) motivo dos encaminhamentos de pacientes para outro serviço e/ou profissional após acolhimento em Fonoaudiologia que são aspectos relacionados ao acesso destes usuários.

Observa-se a predominância, quanto ao local de origem do encaminhamento como sendo da própria UBS (163-67,4%); em relação aos

profissionais que encaminharam, o maior número de registros corresponde a pediatras (115-47,5%). Quanto à situação dos pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia, os atendimentos fonoaudiológicos na UBS lideram (91-37,6%). Para a variável Desfechos dos pacientes encaminhados para atendimento fonoaudiológico na UBS, nota-se a predominância do nível: Alta (25-27.5%); quanto ao Motivo do desligamento de pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia, o nível que predomina é Desligamento por Contato sem Sucesso (29-33.7%). Para a variável Motivo dos encaminhamentos de pacientes para outro serviço e/ou profissional após acolhimento em Fonoaudiologia o nível majoritário é o encaminhamento ao CEPRE (14-28.0%).

**Tabela 2.** Análise descritiva univariada dos usuários com demandas fonoaudiológicas, de 2012 a 2020.

(Continua)

Variável	N	N (%)
<b>(a) Local de origem do encaminhamento</b>	242	
UBS		163 (67.4%)
Escolas		45 (18.6%)
ONG		13 (5.4%)
Outros		11 (4.5%)
Unicamp		10 (4.1%)
<b>(b) Profissionais que encaminharam</b>	242	
Pediatras		115 (47.5%)
Fonoaudiólogos		47 (19.4%)
Outros		32 (13.2%)
Psicólogos		27 (11.2%)
Educadores		21 (8.7%)
<b>(c) Situação dos pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia</b>	242	
Atendimento fonoaudiológico na UBS		91 (37.6%)
Desligamentos		86 (35.5%)
Encaminhamento para outro serviço		50 (20.7%)
Pendente para o Acolhimento		13 (5.4%)
Não Consta		2 (0.8%)

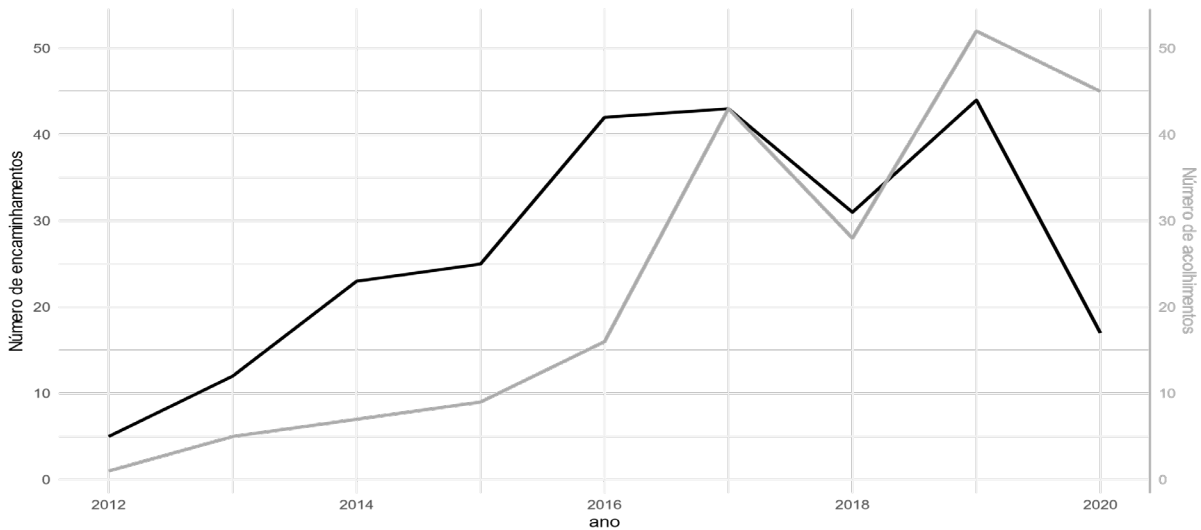
(Conclusão)

Variável	N	N (%)
<b>(d) Desfechos dos pacientes encaminhados para Atendimento Fonoaudiológico na UBS</b>	91	
Alta		25 (27.5%)
Desligamento por faltas		21 (23.1%)
Em atendimento		14 (15.4%)
Pendente para o atendimento		13 (14.3%)
Encaminhado para outro serviço		9 (9.9%)
Desligamento, pois mudou de região		4 (4.4%)
Desligamento por incompatibilidade de horário		3 (3.3%)
Desligamento por contato sem sucesso		2 (2.2%)
<b>(e) Motivo do desligamento de pacientes encaminhados para acolhimento em Fonoaudiologia</b>	86	
Desligamento por contato sem sucesso		29 (33.7%)
Desligamento, pois não compareceu ao acolhimento		21 (24.4%)
Desligamento, pois não tem mais queixa		16 (18.6%)
Desligamento, pois mudou de região		14 (16.3%)
Está sendo acompanhado em outro serviço		5 (5.8%)
Desligamento por Incompatibilidade de Horário		1 (1.2%)
<b>(f) Motivo dos encaminhamentos de pacientes para outro serviço e/ou profissional após acolhimento em Fonoaudiologia</b>	50	
Encaminhamento CEPRE		14 (28.0%)
Encaminhamento APASCAMP		12 (24.0%)
Encaminhamento Policlínica		8 (16.0%)
Outros		6 (12.0%)
Encaminhamento APAE		3 (6.0%)
Encaminhamento para psicologia na UBS		2 (4.0%)
Encaminhamento SABIÁ		2 (4.0%)
Encaminhamento ACDC / MANDIC / Frenectomia		1 (2.0%)
Encaminhamento Casa da Criança Parálitica		1 (2.0%)
Encaminhamento CEREST		1 (2.0%)

**Legenda:** UBS - Unidade Básica de Saúde; ONG - organização não-governamental; Unicamp - Universidade Estadual de Campinas; CEPRE - Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação; APASCAMP - Associação de Pais e Amigos de Surdos de Campinas; APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, SABIÁ – Saber Interdisciplinar em Aprendizagem; CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, ACDC - Associação dos Cirurgiões Dentistas Campinas; MANDIC - Faculdade São Leopoldo Mandic



Na Figura 1, observa-se que o número de encaminhamentos e acolhimentos teve a tendência de aumento interrompida em 2018 e queda estabelecida em 2020.



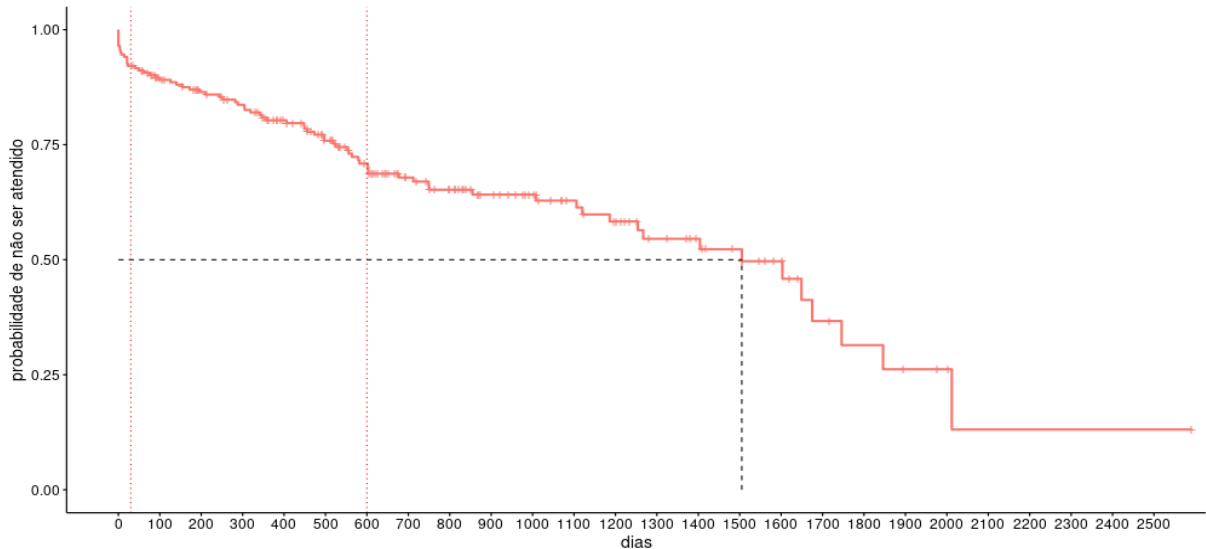
**Figura 1.** Evolução comparativa do número de encaminhamentos e acolhimentos à Fonoaudiologia na UBS

A partir dos tempos disponíveis na base de dados e que registram o tempo (em dias) de espera entre o encaminhamento e o atendimento, foi calculada a curva reportada na Figura 2, que é a função de sobrevivência dada pelo estimador de Kaplan Meier. Tal curva estima a probabilidade de um paciente não ser atendido, isto é, a cada tempo do eixo horizontal é estimada a probabilidade de um paciente precisar aguardar além desse tempo, para ser atendido.

A leitura da Figura 2, no caso, é que à medida que mais tempo transcorre (percorrendo a figura de esquerda à direita no sentido do eixo horizontal) a chance de um paciente não ser atendido após o encaminhamento fica cada vez menor, fato que é natural, no entanto buscou-se identificar, com o auxílio de tal estimador, como tal redução acontece. Cabe salientar que no caso da Figura 2, o estimador foi ajustado empregando a totalidade dos registros da base de dados e não discriminando por variável: idade, sexo, queixa, profissional, origem, etc.

A partir da Figura 2 e com o auxílio das linhas pontilhadas é possível observar que a função de sobrevivência decresce de forma aproximadamente linear nos primeiros 600 dias, embora nos primeiros 30 dias ela sofra uma redução acentuada, representando aqueles casos nos quais o atendimento fonoaudiológico ocorre nos primeiros dias após o encaminhamento.

As linhas tracejadas auxiliam na determinação do tempo mediano até o atendimento do usuário, ou seja, sem levar em consideração quaisquer informações dos pacientes. Metade dos usuários são atendidos em até aproximadamente 1500 dias, ou seja, pouco mais de 4 anos. Este longo tempo de espera se deve ao fato de não haver um serviço de Fonoaudiologia na UBS, mas apenas estudantes de graduação e residência, que destinam poucos dias e horários para atendimento fonoaudiológico, o que não é suficiente para atender a demanda.



**Figura 2.** Estimador de Kaplan-Meier para a variável “número de dias entre encaminhamento e atendimento fonoaudiológico na UBS”

Na Tabela 3, resumiram-se os resultados de diversas análises de sobrevivência e para cada uma delas (identificada em cada linha da tabela) reportou-se o resultado do teste de hipótese log-rank que constata se as curvas de sobrevivência são diferentes, tomando como corte o nível de significância 0,05 (5%). Assim, dados os diferentes níveis de uma variável, constatou-se se há diferença significativa ou não entre as curvas de sobrevivência construídas para cada nível da variável. Ressalta-se que “nível de uma variável” aqui refere-se aos possíveis valores que ela assume e não ao nível de significância utilizado nos testes de hipótese de diferença entre grupos, ou seja e a título de exemplo, masculino e feminino são “níveis” da variável sexo.

O p-valor inferior a 0,05 indica que há evidência estatística significativa ao nível de 5% para rejeitar a suposição de igualdade no comportamento das curvas de sobrevivência entre os níveis reportados pela variável. Por exemplo, as curvas de sobrevivência construídas para o tempo entre o encaminhamento e o atendimento, para os pacientes de sexo masculino (uma curva) e para o

os pacientes de sexo feminino (outra curva) não se mostram significativamente diferentes, pois o p-valor resultante apresenta magnitude superior a 0,05. Por outro lado, as quatro curvas construídas para o tempo entre o encaminhamento e o atendimento, uma para cada nível de variável “Dias transcorridos entre o encaminhamento até acolhimento” se mostram significativamente distintas (vide Figura 3), pois o p-valor apresenta uma magnitude inferior a 0,05. Em virtude de tais resultados, observa-se que: há pouca evidência estatística (ao nível de significância 0,05) na diferença de tempo até atendimento fonoaudiológico para as variáveis sexo, equipe e profissional que encaminhou. Ou seja, as variáveis sexo, equipe, etc. não representam fatores que alterem as probabilidades de atendimento/não atendimento dos pacientes.

Quanto aos fatores que se mostram significantes, há evidência estatística (ao nível de significância 0,05) na diferença de tempo até o atendimento fonoaudiológico para as variáveis dias transcorridos até acolhimento, faixa etária do paciente, origem e queixa do paciente.

**Tabela 3.** Resumo das comparações do tempo de encaminhamento até o início do atendimento fonoaudiológico para cada variável categórica de interesse.

Variável	Níveis	p-valor do teste Log- Rank
Sexo	Masculino	0,2371
	Feminino	
Origem	UBS*	0,0047
	Escola	
	ONG*	
	Unicamp	
	Outros	
Dias transcorridos entre o encaminhamento até acolhimento	0 a 90 dias/	< 0,0001
	90 a 180 dias	
	180 a 360 dias	
	mais de 360 dias	
Profissional responsável pelo encaminhamento	Educadores	0,1974
	Fonoaudiólogos	
	Pediatras	
	Psicólogos	
	Outros	
Equipe	Amarela	0,7355
	Azul	
	Verde	
	Laranja	
	Até 2 anos	
Faixa Etária	2 a 5 anos	< 0,0001
	5 a 10 anos	
	10 a 15 anos	
	mais de 15 anos	
Queixa	Alterações de Motricidade orofacial	< 0,0001
	Atraso de linguagem	
	Dificuldade escolar/Leitura e escrita	
	Alterações vocais	
	Desvio fonológico	
	Gagueira	
	Outros	

**Legenda:** \*UBS - Unidade Básica de Saúde \*\* ONG - Organização Não-Governamental

As Figuras 3, 4, 5 e 6 são destinadas a alcançar um melhor entendimento dos casos significantes ao nível 0,05 reportados na Tabela 3, são eles os correspondentes às variáveis: Dias transcorridos entre o encaminhamento até acolhimento, faixa etária, origem e queixas. As quatro figuras mostram as curvas de sobrevivência no painel superior (uma curva por cada nível da variável) e o número de pacientes em risco de não ser atendido, no painel inferior.

A Figura 3 (painel superior) mostra os gráficos correspondentes à variável “Dias

transcorridos entre o encaminhamento até acolhimento”, assim, constam 4 curvas. A curva mais elevada (em relação ao eixo vertical) e que corresponde ao nível da variável em dias “mais de 360” registra as maiores probabilidades do paciente não ser atendido, enquanto a curva menos elevada que corresponde ao nível da variável “de 0 a 90 dias” reporta os menores valores de probabilidade de um paciente não ser atendido.

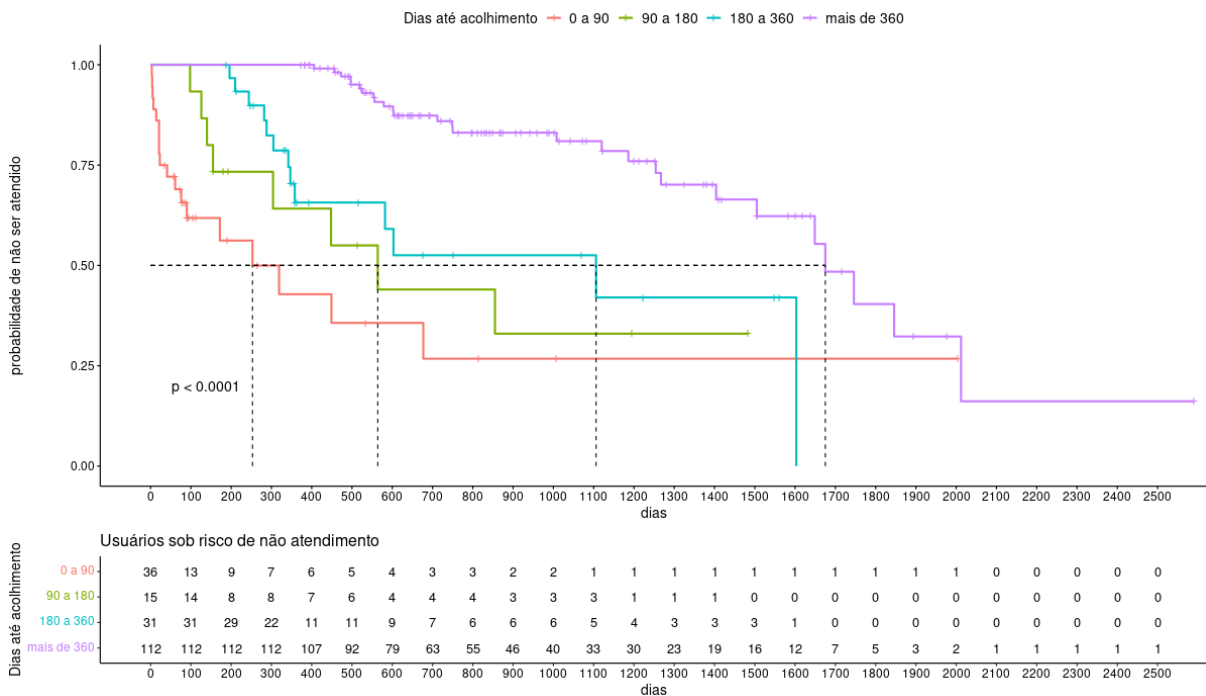


Figura 3. Estimador de Kaplan-Meier para a variável “Dias transcorridos entre o encaminhamento até o acolhimento”

A Figura 4 (painel superior) registra as curvas de sobrevivência da variável “Faixa Etária”, composta pelos níveis “até 2 anos”, “2 a 5 anos”, “5 a 10 anos”, “10 a 15 anos” e “mais de 15 anos”.

Nota-se que a curva extraída dos pacientes com mais de 15 anos, é a menor, indicando que esses pacientes são prontamente atendidos, quando comparados com os demais níveis de faixa etária.

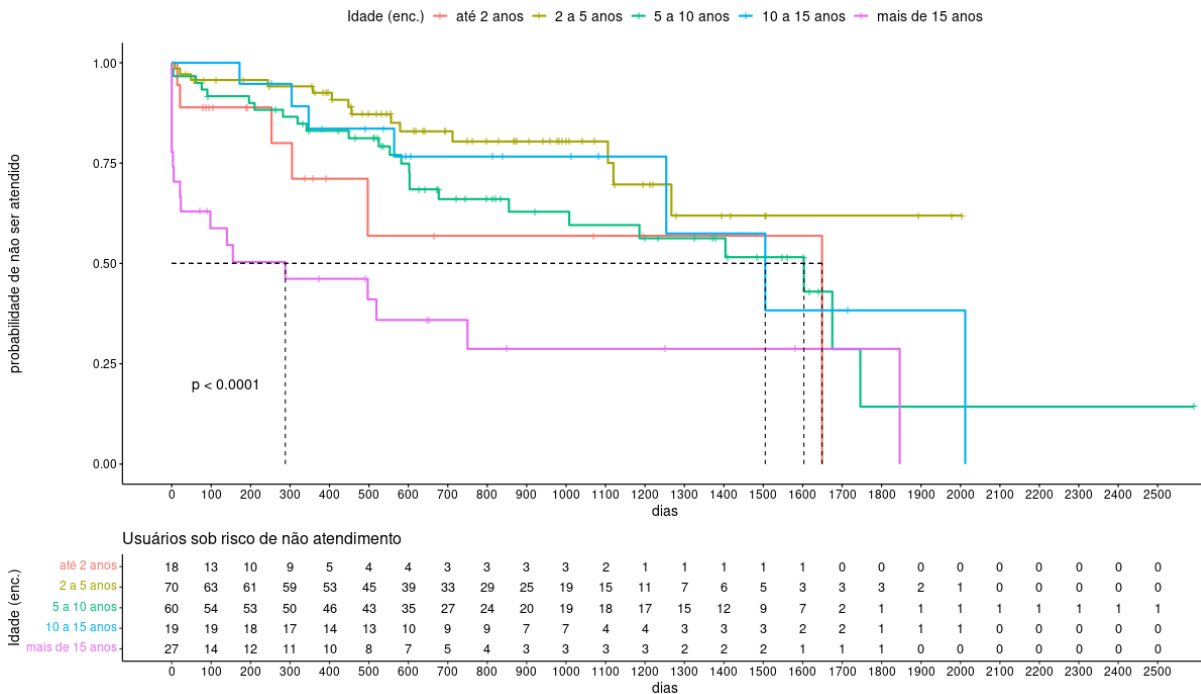


Figura 4. Estimador de Kaplan-Meier para a variável “Faixa Etária”

A Figura 5 (painel superior) registra as curvas de sobrevivência da variável “Queixa” (sete níveis) e reporta como a curva menos elevada a correspondente ao nível da variável “Alterações vocais”, isto é, o paciente com essa queixa específica tem menos chance de não ser

atendido, quando comparado com pacientes que apresentam outras queixas. Em contrapartida, excetuando o nível “Outros”, as demais queixas mostram um comportamento semelhante, com altas chances do paciente não ser atendido em comparação com a queixa “Alterações vocais”.

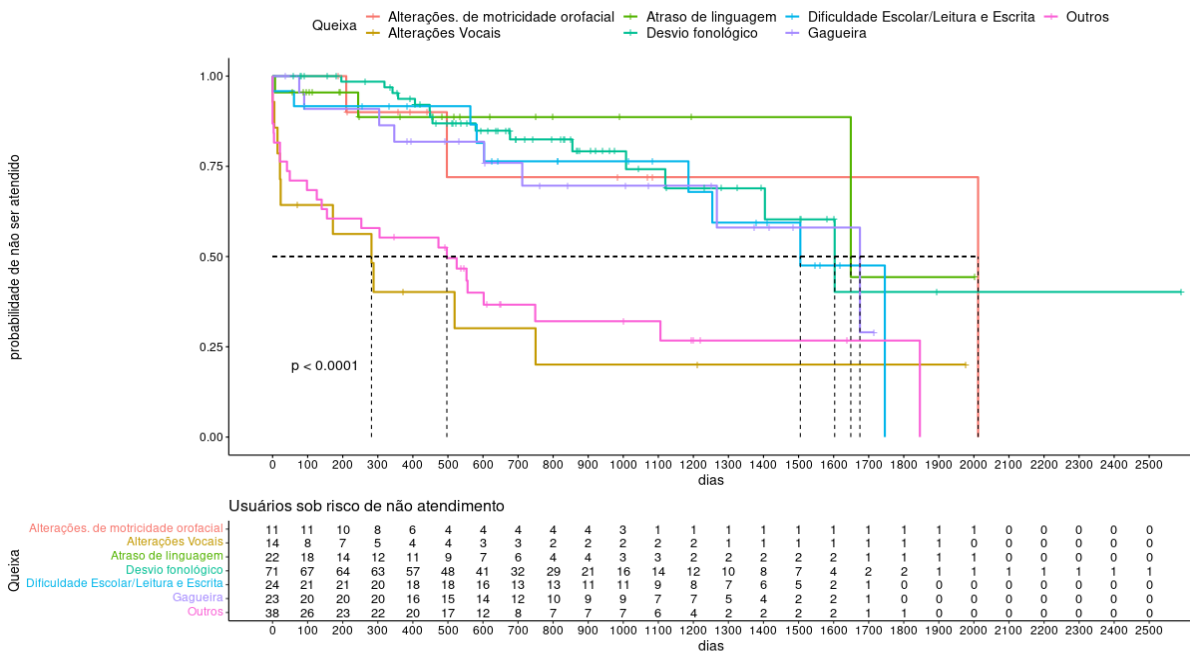


Figura 5. Estimador de Kaplan-Meier para a variável “Queixa”

A Figura 6 (painel superior) registra as curvas de sobrevivência da variável “Origem”, composta pelos níveis “Escolas”, “ONG”, “Outros”, “UBS” e “Unicamp”. Nota-se que a

curva extraída dos pacientes de ONGs, é a menor, indicando que esses pacientes são prontamente atendidos, quando comparados com outros níveis de origem.

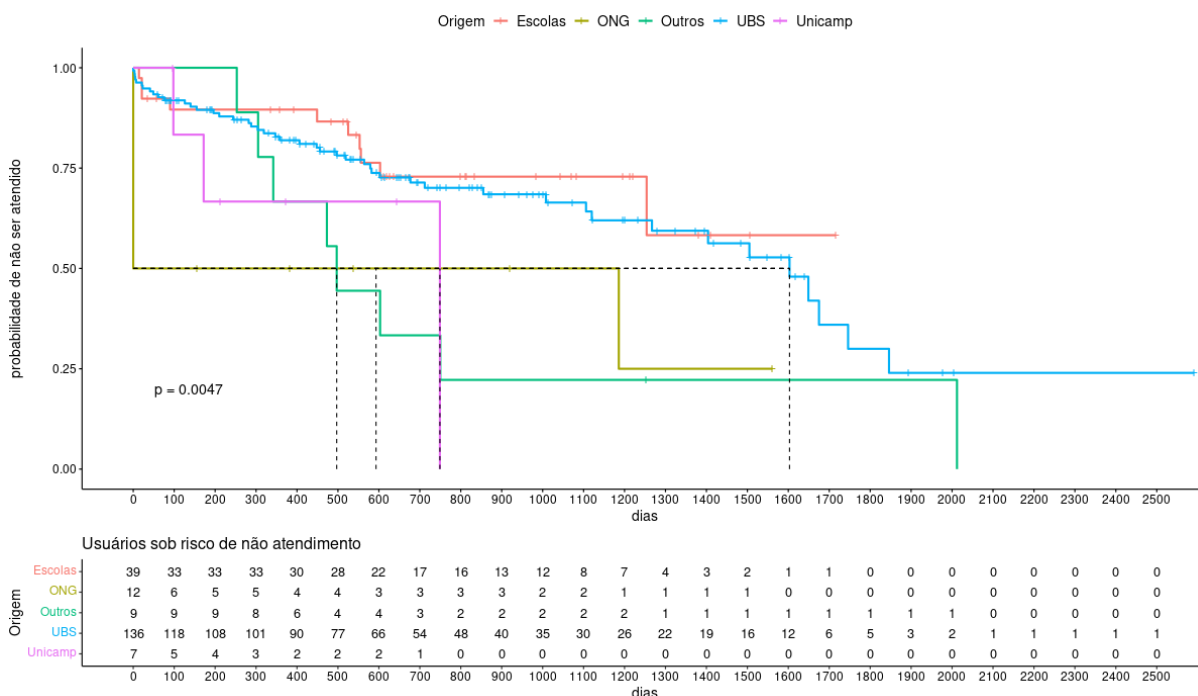


Figura 6. Estimador de Kaplan-Meier para a variável “Origem”

Em relação aos dias transcorridos, entre o encaminhamento e o acolhimento partiu-se do princípio de que há uma associação forte entre acolhimento e atendimento, em outras palavras, quanto mais rápido ele é encaminhado, mais rápido ele é atendido. Quanto à variável faixa etária do paciente, as crianças menores são prioritariamente atendidas.

Sobre as queixas, a análise estatística (vide Figura 5) evidenciou que os casos com queixas vocais são atendidos com mais rapidez, enquanto os de alteração de motricidade orofacial, atraso de linguagem, desvio fonológico, dificuldade escolar/leitura e escrita e gagueira não diferem entre si quanto ao tempo de encaminhamento até o atendimento fonoaudiológico.

Por fim, quanto à origem, a análise estatística (vide Figura 6) evidenciou que os casos vindos de ONGs e da Unicamp são atendidos com mais rapidez, enquanto que aqueles de UBS, Escolas e demais origens não diferem entre

si quanto ao tempo de encaminhamento até o atendimento fonoaudiológico.

## DISCUSSÃO

Dos 242 casos com queixas de alterações fonoaudiológicas atendidos entre 2012 e 2020, a maioria era de crianças de 0 a 10 anos, do sexo masculino, com predomínio de queixas na área da linguagem e encaminhamentos feitos, sobretudo, pelo pediatra. A presença de estagiários e de residente da área da Fonoaudiologia contribuiu com o acesso dos usuários às práticas desta categoria, uma vez que, no período estudado, não existia profissional da prefeitura vinculado à UBS, tampouco existia NASF. A presença de estudantes de Fonoaudiologia na UBS levou a maior identificação das demandas, porém, em muitos casos, não foi possível dar respostas rápidas a elas por se tratar de alunos em formação



e com uma carga horária reduzida no serviço, se configurando como barreira de acesso<sup>10, 18</sup>.

Considerando o perfil dos casos atendidos na unidade estudada, constatou-se predominância do sexo masculino (155-64,0%). Tal dado foi observado no estudo semelhante realizado por Tavoni et al.<sup>19</sup>, em uma UBS da mesma cidade (Campinas/SP) e por Peixoto et al.<sup>20</sup>, em uma UBS de Maceió/AL. A faixa etária que apresentou maior prevalência de demandas fonoaudiológicas foi de 0 a 10 anos (188-77,7%), assim como no estudo de Medeiros e Lima<sup>21</sup>.

As queixas na área da linguagem apareceram com maior frequência (169-69,8%) englobando, neste estudo, aquelas que se referem a: desvios fonológicos (88-36,4%), atraso de linguagem (29-12%), dificuldade escolar/leitura escrita (26-10,7%) e gagueira (26-10,7%), achados estes que corroboram mais uma vez os estudos de Tavoni et al.<sup>19</sup>, Medeiros e Lima<sup>21</sup> e Peixoto et al.<sup>20</sup>

Santos, Aleixo e Santos<sup>22</sup>, em outro estudo semelhante, buscaram traçar o perfil dos atendimentos fonoaudiológicos na área de linguagem do NASF do município de São Tomé/RN e encontraram também uma maioria de casos do sexo masculino na faixa etária de 0 a 5 anos, com desvio/transtorno fonológico e tempo de atendimento inferior a 3 anos.

Para as faixas etárias abaixo de 15 anos, a queixa de desvio fonológico é a mais relatada, sendo compatíveis com os estudos mencionados anteriormente<sup>19, 20, 21</sup>.

É comum os profissionais da saúde associarem o trabalho fonoaudiológico com alterações de linguagem e, mais especificamente, de fala, bem como com o público infantil, embora a Fonoaudiologia atue da infância até a senescência. Esses fatores podem justificar a maioria dos encaminhamentos terem sido de crianças, feitos em grande parte pelo pediatra (115-47,5%) e na área da linguagem, dados mais uma vez que se assemelham aos estudos de Tavoni et al.<sup>19</sup> e Medeiros e Lima<sup>21</sup>.

Em Campinas, por muitos anos, as UBS foram organizadas em Equipes Ampliadas de Saúde da Família, compostas não apenas por profissionais da equipe mínima, mas também por outros profissionais, como pediatras, ginecologistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros, a depender da unidade e das necessidades do território<sup>10,18</sup>. Até 2021 existia apenas três NASF na cidade, sendo que em apenas um deles havia fonoaudiólogo e nenhum deles vinculados à UBS deste estudo. A partir de 2022, a gestão reorganizou a Atenção Básica no município, passando a adotar com mais força os conceitos de ESF e NASF. Desta forma, todo e qualquer profissional que atuava na AB e que não pertencia à equipe mínima, foi incorporado nos NASF. No ano de 2023, o Ministério da Saúde instituiu as E-Multi, equipes de profissionais de saúde de diversas áreas, que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS<sup>23</sup>, o que acabou por levar Campinas a uma nova reestruturação, transformando os até então NASF em E-multi. O pediatra, portanto, era uma especialidade bastante frequente nas UBS, o que pode justificar o elevado número de encaminhamentos desta categoria profissional para a Fonoaudiologia.

Guckert et al.<sup>24</sup> destacaram que 41,2% dos profissionais do NASF de uma capital da região Sul do país realizam encaminhamentos para a fonoaudióloga com queixas de fala e linguagem para o público infantil<sup>25</sup> e, ainda, as principais demandas relatadas pelos profissionais referem-se às demandas para a infância.

Se por um lado esta percepção dos profissionais da saúde facilita e agiliza o acesso de crianças à Fonoaudiologia, por outro lado, adultos e idosos que poderiam se beneficiar com os cuidados em saúde, nas diversas áreas de atuação dessa profissão, podem acabar não tendo acesso ou ter de forma tardia.

De acordo com a base de dados e analisando somente a faixa etária de 60 anos ou mais que corresponde a 15 dos casos coletados

(15-6,2%), como esperado nesta faixa a maior parte das queixas é relacionada a surdez e suspeita de perda auditiva (7-46,7%), seguidas por “alterações vocais” (5-33,3%) e as demais (3-20%) referentes à afasia, disfagia e zumbido. Os resultados do estudo não permitem explicar por que as queixas de voz comuns nas pessoas acima dos 60 anos, sendo interessante outros estudos para ampliar e responder esta questão.

Dimer et al.<sup>26</sup> em um estudo de base populacional realizado no Rio Grande do Sul constatou que a partir dos 60 anos de idade há um aumento na prevalência de distúrbios fonoaudiológicos, sendo problemas de audição e equilíbrio os que mais acometem este público. Rech et al.<sup>27</sup> encontraram que as demandas fonoaudiológicas comuns, com amostragem composta por adultos, em estudo realizado na Atenção Primária de Porto Alegre/RS são de problemas de audição (66,1%), seguidos de fala (12,5%). O estudo de Anderle et al.<sup>28</sup> evidenciou que médicos e enfermeiros da ESF vinculados a um NASF na região sul do Brasil, apresentaram dificuldade na identificação de sinais e sintomas relacionados aos distúrbios fonoaudiológicos cognitivos e do sistema estomatognático para encaminhamento de pacientes pós-AVC, prevalentes em idosos.

Ações de educação permanente para profissionais da ESF e dos NASF sobre a vasta gama de possibilidades de atuação da Fonoaudiologia podem repercutir em uma melhor identificação de necessidades de saúde de usuários adultos e idosos que, assim como as crianças, têm direito a acessar esse profissional<sup>29,30</sup>.

Como mencionado, o pediatra foi o profissional que mais encaminhou, seguido da própria Fonoaudiologia, caracterizada neste estudo, pelo grupo de estudantes de graduação e da fonoaudióloga residente que atuou em 2020 na UBS. Neste estudo, os usuários encaminhados pela Fonoaudiologia eram provenientes de identificação dos estudantes durante suas práticas, que envolviam: ações de prevenção

e de promoção à saúde em escolas (Centro Educacional de Educação Infantil - CEMEI e Escola Municipal do Ensino Fundamental - EMEF), ONG e na própria UBS. Além das ações de prevenção e de promoção à saúde, eram realizados acolhimento, atendimento de avaliação e de terapia fonoaudiológica individual ou em grupo, além de visitas domiciliares.

Além disso, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde - área de concentração Criança e Adolescente, apesar de ter iniciado no ano de 2020, deu maior suporte para a população e contribuiu com o reconhecimento, avaliação e encaminhamento das queixas relacionadas à Fonoaudiologia, o que faz deste território um local privilegiado. Zanin et al.<sup>31</sup> evidenciaram que a presença da Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribui significativamente para o fortalecimento da Fonoaudiologia na APS.

Tavoni et al.<sup>19</sup> ao analisar a evolução do número de encaminhamentos e acolhimentos realizados anualmente para o profissional residente de Fonoaudiologia em uma UBS no período de 2013 a 2020, registraram aumento considerável de encaminhamentos e acolhimentos realizados. Em 2013 foram realizados 7 encaminhamentos (4,09%) e 6 acolhimentos (3,51%), porém, no ano de 2019 foram realizados 29 encaminhamentos (16,96%) e 13 acolhimentos (7,60%), registrando uma queda em 2020 devido à pandemia da Covid-19. Sendo assim, o estudo de Tavoni et al.<sup>19</sup> também evidencia a potência dos Programas de Residência em Saúde como facilitadores do acesso às ações da Fonoaudiologia.

A presença de estudantes e residentes faz com que as necessidades fonoaudiológicas do território sejam mais identificadas, ou seja, aquelas demandas, muitas vezes ocultas, são desveladas e desencadeadas pelas ações desenvolvidas<sup>32</sup>.

No que se refere às origens dos encaminhamentos, a UBS estudada foi responsável por 67,4% dos casos encaminhados,

se caracterizando como porta de entrada para os cuidados fonoaudiológicos, como, de fato, deve ser. Esses resultados apontam uma realidade de um território no qual a Fonoaudiologia está presente devido a uma parceria entre a Universidade Estadual de Campinas e a Prefeitura Municipal de Campinas, o que contribui para um acesso mais oportuno dos usuários quando comparado a outros serviços de referência da cidade, que recebem encaminhamentos de toda a cidade, com longo tempo de filas de espera<sup>33</sup>.

A oferta do serviço de Fonoaudiologia associada a identificação das necessidades fonoaudiológicas, gerou um gradativo crescimento no número de encaminhamentos, no período de 2012 a 2020, apresentando queda em dois momentos: em 2018, por ocasião de mudanças na dinâmica do estágio e, em 2020, em função da pandemia de Covid-19, que gerou suspensão dos estágios da graduação na UBS, interrupção dos atendimentos clínicos, inclusive da residente de Fonoaudiologia. Além disso, muitos profissionais, inclusive os pediatras, que eram os que mais encaminharam para a Fonoaudiologia, se afastaram de suas atividades, alguns por serem grupo de risco para Covid-19 e outros por se aposentarem. A tendência de alta no número de acolhimentos se manteve, enquanto o de encaminhamento reverteu a tendência de alta, retornando a níveis comparados aos de 2013.

Dimer et al.<sup>34</sup> relataram a experiência vivida por uma equipe de alunos, professora e fonoaudiólogos no desenvolvimento de um projeto de extensão em uma UBS durante o contexto da pandemia de Covid-19. Dos 25 pacientes que estavam em atendimento fonoaudiológico, 17 foram considerados elegíveis para a teleconsulta e aceitaram migrar para esse modelo de atendimento, adaptando-se à nova proposta<sup>34</sup>. Tal experiência não foi vivenciada pelos estudantes na UBS estudada, por regras da própria Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que não abriu a possibilidade da realização de teleconsulta por estagiários e

residentes no contexto das suas práticas, o que também acabou levando à queda no número de acolhimentos realizados pela Fonoaudiologia.

Como ressaltado, a presença da Fonoaudiologia dentro da UBS estudada permitiu que os casos encaminhados para atendimento fonoaudiológico tenham um primeiro contato com esse profissional ainda na Atenção Básica, momento em que é realizado o acolhimento. Um número considerável de pacientes (91-36,4%), foi absorvido para avaliação e fonoterapia na própria unidade, enquanto aqueles que apresentavam queixa fonoaudiológica cuja assistência deveria ser realizada em outro serviço especializado (50-20,7%), era encaminhado para as referências definidas no desenho da rede SUS do município.

Uma limitação deste estudo se refere ao fato de não ter sido investigado o que acontecia com os casos após eles terem sido encaminhados, uma vez que isto não garante o acesso.

Cabe destacar que a Rede de Saúde de Campinas conta com prestadores de serviços conveniados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que são serviços para onde os casos acolhidos podem ser encaminhados. Esses são: APAE, APASCAMP, Fundação Síndrome de Down e Casa da Criança Parálitica, entre outros, além de alguns poucos serviços próprios, como é o caso do Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica II e do SABIÁ, extintos (em 2022) pela gestão municipal. É possível observar na Tabela 2 (f) que a APASCAMP é um dos serviços que mais recebeu encaminhamentos da UBS (24%) no período estudado. Esse serviço era referência até abril de 2023 (interrupção do convênio com a instituição) para realização de avaliação audiológica, o que pode explicar o fato da principal queixa ser referente à linguagem, pois é preciso descartar possíveis perdas auditivas como causa de alterações nessa área.

Chama atenção o elevado número de usuários que foram desligados, 86 (35,5%), sendo a tentativa de contato sem sucesso a maior causa (29-33,7%), seguida de não comparecimento ao

acolhimento (21-24,4%) e não ter mais queixa (16-18,6%). Uma possível justificativa para esses desligamentos terem ocorrido pode ser devido ao longo tempo na fila de espera, de modo que aquele encaminhamento um dia feito por algum profissional não faça mais sentido para o usuário e sua família.

Paro et al.<sup>35</sup> destacaram que a falta de adesão é de carácter multifatorial e precisa ser analisada em profundidade. Constataram no estudo realizado em uma UBS de Campinas/SP que os usuários têm dificuldade de adesão aos tratamentos por diversos motivos, dentre eles incompatibilidade de horário das sessões, dinâmica dos atendimentos fonoaudiológicos, necessidade de realizar tratamento prévio em outra área, desmotivação do paciente e melhora das queixas relatadas, sendo que essa última foi a 3ª maior justificativa para desligamento de pacientes no presente estudo.

Com relação ao desfecho dos casos cujo atendimento fonoaudiológico foi iniciado, a alta foi o mais comum (27,5%), seguido de desligamento por faltas (23,1%). Farias et al.<sup>36</sup> descreveram que 28,6% dos casos atendidos em uma clínica escola de Fonoaudiologia de uma Universidade Pública obtiveram alta fonoaudiológica e o principal motivo de desligamento foi falta ou abandono (71, 4%), assim como neste estudo. No estudo de Tavoni et al.<sup>19</sup> ao contrário, os desligamentos por faltas superaram os desligamentos por alta fonoaudiológica.

Sobre as comparações do tempo de encaminhamento até o início do atendimento fonoaudiológico para cada variável categórica de interesse, vale destacar que quanto mais rápido o usuário é acolhido, maior é a celeridade com que ele é atendido. Isto se deve ao processo de trabalho instituído na unidade de condicionar a realização do acolhimento a disponibilidade de vaga para o usuário ser atendido em avaliação e terapia fonoaudiológica, caso este primeiro encontro com o paciente mostrasse essa necessidade. Contudo, esta prática distorce o próprio intuito

deste tipo de atendimento que visa garantir, por meio de escuta atenta e qualificada, atenção integral e maior resolutividade. Quando se espera a vaga para agendar o acolhimento perde-se a oportunidade de encaminhá-lo para realização de exames, como para audiometria (prática bastante comum em casos com alterações de linguagem, como comentado anteriormente), bem como a chance de intervir por meio de orientações.

Também chama a atenção o fato de aproximadamente metade dos usuários serem atendidos em pouco mais de quatro anos, conferindo, a um número significativo de pessoas, um longo tempo de espera. O estudo de Oliveira et al.<sup>37</sup> avaliou as barreiras de acesso existentes em cinco regiões de saúde, a partir da visão de gestores, prestadores e trabalhadores da saúde e foi constatado que barreiras relacionadas à disponibilidade, como tempo de espera prolongado, foram expressivas em todas as Regiões de Saúde estudadas<sup>37</sup>.

Outra situação evidenciada pela análise estatística foi a maior celeridade nos casos com queixas vocais o que ocorre porque, segundo os fluxos de referência pactuados pelo município, são casos que não serão atendidos na UBS e que devem ser encaminhados para o serviço de referência, que no caso da UBS em questão é a própria clínica-escola vinculada ao curso de graduação de Fonoaudiologia que está na UBS, o que facilita os agendamentos, tornando o acesso mais rápido.

Notou-se a partir de toda a análise que pode ser recomendável reforçar o quadro de profissionais, como destacado também em outros estudos<sup>6,14,38</sup>. Principalmente para o atendimento de determinadas faixas etárias de pacientes, visto que crianças menores são atendidas com maior celeridade. E, no concernente ao tipo de queixa, a análise revelou que este é um fator determinante para o tempo de espera e que tal tempo é maior para queixas que não são queixas vocais. Decorre desta constatação a necessidade de serem realizadas ações de promoção e prevenção

direcionadas às queixas: alteração de motricidade orofacial, atraso de linguagem, desvio fonológico, dificuldade escolar/leitura e escrita e, gagueira.

O estudo de McGill et al.<sup>38,39</sup>, corrobora a constatação acima sugerindo que sendo crianças pequenas consideradas como mais frequentes e de alta prioridade pelos fonoaudiólogos, é necessário orientar os serviços à fatores importantes de priorização do atendimento: gravidade, disponibilidade de recursos, diagnóstico, idade. Outros estudos<sup>39,40</sup>, ressaltam que há a necessidade de se reavaliar estruturalmente o sistema visando o acesso à Fonoaudiologia e que o momento de espera precisa ser melhor aproveitado numa perspectiva de espera ativa, e se pensar melhores estratégias para tal.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)<sup>41</sup> no Brasil, que prevê a promoção da saúde e prevenção de agravos, são prerrogativas de qualquer profissional da saúde no âmbito da AB segundo diretrizes que orientam a prática da integralidade do cuidado em uma perspectiva ampliada de Saúde. Considerada como um conjunto de estratégias de produção do cuidado, a promoção da saúde pode e deve ser trabalhada individual ou coletivamente sempre com vistas às demandas de uma dada população. O presente estudo traz dados fundamentais para orientação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em saúde em Fonoaudiologia no local estudado.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados, portanto, identificou-se que dos casos com queixas de alterações fonoaudiológicas, a maior parte era de crianças de até 10 anos, do sexo masculino, apresentando queixas relacionadas à área de linguagem e encaminhados pelo pediatra. Os níveis apresentados pelas variáveis: dias transcorridos até o acolhimento, local de origem

do encaminhamento, faixa etária do paciente e queixa do paciente, são fatores que alteram as probabilidades do tempo de espera de atendimento:

A maior demanda advém de crianças e para áreas de Linguagem, Fonoaudiologia Educacional e Motricidade Orofacial o que evidencia a necessidade de ações de promoção e educação em saúde para evitar o surgimento de agravos em fonoaudiologia e melhor utilizar o período de fila de espera, o que suscita a necessidade de novos e mais abrangentes estudos propondo ações inovadoras na UBS e no território onde o estágio de Fonoaudiologia e o Programa da Residência da Unicamp está inserido.

A presença de estagiários e de residente da área da Fonoaudiologia contribuiu para o acesso dos usuários às práticas desta categoria, uma vez que, no período estudado, não existia profissional vinculado à UBS, tampouco existia NASF. A presença de estudantes na UBS levou a maior identificação das demandas, porém, em muitos casos, não deu conta de dar respostas rápidas a elas, se configurando como barreira de acesso, levando metade dos usuários serem atendidos em pouco mais de quatro anos.

O estudo deflagrou a necessidade da existência de profissional de Fonoaudiologia, preferencialmente por meio da E-Multi (anteriormente NASF) vinculada à UBS estudada. A lotação de uma fonoaudióloga na equipe ocorreu a partir de 2022 e, diante disso, futuros estudos comparativos poderão ser importantes para a análise da ampliação do acesso e da resolutividade neste novo cenário.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Chun RYS, Vianna NG. Políticas públicas e fonoaudiologia: promoção da saúde, protagonismo da Atenção Básica e Saúde na Escola. In: Feitosa ALF, Depolli GT, Costa SA. Mapas conceituais e Fonoaudiologia: Saúde Coletiva. Ribeirão Preto, SP: Booktoy, 2022, p. 43-57.



2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União [Internet], 4 mar. 2008 [acesso em 20 maio 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [acesso em 22 mar 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
4. Dias MSDA, Rodrigues PVD, Moita MP, Silva LCCD, Brito, MDCC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. *Cien Saude Colet.* 2023 [acesso em 20 maio 2023]; 28(8):2303-2312. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023>
5. Mattos MP de, Gutiérrez AC, Campos GW de Sousa. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2022 [acesso em 29 maio 2023]; 27(9):3503-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>
6. Saavedra ST, Lizana NM. Fonoaudiología en la Atención Primaria de Salud en Chile desde la perspectiva de usuarios/as, fonoaudiólogos/as y otros/as profesionales de la salud de la ciudad de Santiago. *Rev. Chilena de Fonoaudiología.* 2021 [acesso em 20 fevereiro 2024]; 20:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2021.60747>
7. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Italia Primary care in Italy. *Medicina da Família. SEMERGEN.* 2018. [acesso em 20 fevereiro 2024]; 44(1):50-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.03.009>
8. Medeiros YPO de, Sousa F de OS, Lima MLLT de, Nascimento CMB do. Activities of speech-language-hearing therapists in the Extended Family Health and Primary Care Center from the perspective of team cooperation. *Rev. CEFAC.* 2021 [acesso em 20 maio 2023]; 23(2):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212422220>
9. Telles MWP, Lopes LMV. Quais os possíveis impactos do Previne Brasil para o trabalho e educação da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde? *Distúrbios Da Comunicação.* 2023 [acesso em 20 maio 2023]; 35(1):e59345. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i1e59345>
10. Lima BP da S, Garcia VL, Amaral EM. Atividades profissionais do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde no Brasil: consenso de especialistas. *Distúrbios da Comunicação.* 2021 [acesso em 20 maio 2023]; 33(4):751-761. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i4p751-761>
11. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 610, de 13 de dezembro de 2018. [acesso em 18 fevereiro 2024]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso610.pdf>
12. Santana, M de P, Alves AM, Gama ICS, Parduci NV, Larroque MM, Luchesi BM. Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro, 2022 [acesso em 19 fevereiro 2024]; 17(44):1-8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3033>
13. Molini-Avejonas DR, Aboboreira MS, Couto MIV, Samelli AG. Insertion and performance of Speech-Language Pathology and Audiology in Family Health Support Centers. *CoDAS [Internet].* 2014 [acesso em 19 fevereiro 2024]; 26(2):148-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/2014011IN>



14. Rech RS, Hugo FN, Schmidt JG, Goulart BNG, Hilgert JB. Speech-language therapy offer and primary health care in Brazil: an analysis based on socioeconomic development. *CoDAS* [Internet]. 2019 [acesso em 24 novembro 2020]; 31(1):e20180083. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/RvVW7YJV9tYNDzhDPNTR3G/?format=pdf&lang=en>
15. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012 [acesso em 20 maio 2023]; 17(11):2865–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
16. Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT, Campos DP, Barbosa MTS, Shimakura SE. Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011.
17. Colosimo EA, Giolo SR. Análise de sobrevivência aplicada. São Paulo: Editora Blucher; 2006.
18. Macêdo PHS, Lima BPS, Arce VAR. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família como espaço estratégico de aprendizagem interprofissional em saúde. *Distúrbios Da Comunicação* 2022 [acesso em 20 maio 2023]; 34(1):e54130. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i1e54130>.
19. Tavoni JR, Vianna NG, Fernandes AC. Scenario of access to speech therapy based on the profile of children and adolescents referred to primary care. *Revista CEFAC*. 2022 [acesso em 20 maio 2023]; 24(2):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20224211121>.
20. Peixoto M, Siqueira CGA, Silva AF, Pedruzzi CM, Santos AA. Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 2010 [acesso em 20 maio 2023]; 22(2):07-15. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/download/7133/5149/0>.
21. Medeiros ACV de, Lima MCMP. Caracterização da demanda fonoaudiológica em um Centro de Saúde no interior do estado de São Paulo. *Rev. Saúde (Santa Maria)* 2019 [acesso em 20 maio 2023]; 45(3):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583437978>.
22. Santos ACEG, Aleixo LCMZ, Santos, AE. Perfil dos atendimentos fonoaudiológicos em linguagem no município de São Tomé/RN. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2022 [acesso em 20 maio 2023]; 3:71-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/atendimentos-fonoaudiologicos>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 22 fev. 2023 [acesso em 19 fevereiro 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>.
24. Guckert SB, Souza CR de, Arakawa-Belaunde AM. The role of speech-language therapists in primary healthcare from the perspective of professionals in family health support centers. *CoDAS*. 2020 [acesso em 20 maio 2023]; 32(5):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20202019102>.
25. Moreira LFC, Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Alterações fonológicas e determinantes sociais: casos atendidos em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica. *Distúrbios da Comunicação*. 2020 [acesso em 20 maio 2023]; 32(4):595–604. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i4p595-604>.
26. Dimer NA, Rech RS, Chiari BM, Goulart BNG de. Prevalence of speech-language and hearing disorders in elderly and younger adults according to sex and age: a population

- survey. *CoDAS*. 2021 [acesso em 20 maio 2023]; 33(3):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020080>.
27. Rech RS, Bulgarelli PT, Condessa, AM, Santos CM dos, Hilgert JB, Goulart BNG de. Access and use of speech-language therapy services in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. *Cien Saude Colet*. 2020 [acesso em 20 maio 2023]; 25(3):817-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17212018>.
28. Anderle P, Rockenbach SP, Goulart BNG. Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms by physicians and nurses in Primary Health Care. *CoDAS*. 2019 [acesso em 20 maio 2023]; 31(2):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182018015>.
29. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. *Saud Pesq*. 2019 [acesso em 20 maio 2023]; 12(2): 317-322. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v-12n2p317-322>.
30. Moreira KS, de Almeida Lima C, Vieira MA., de Melo Costa S. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. *Saud e Pesq*. 2017 [acesso em 20 maio 2023]; 10(1):101-109. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v-10n1p101-109>.
31. Zanin LE, Albuquerque IMN, Melo DH. Speech, language and hearing sciences and the Family Health Strategy: the state of the art. *Rev. CEFAC*. 2015 [acesso em 20 maio 2023]; 17(5):1674-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1546>.
32. Maschio E, Maldonade IR. Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção do fonoaudiólogo na Atenção Primária. *Distúrbios Da Comunicação*. 2023 [acesso em 20 maio 2023]; 35(2):e60153. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i2e60153>.
33. Basso Miolo S, Braatz Petermann X, Fedosse E. Formação para atuação na atenção básica na graduação e na residência multiprofissional. *Revista Contexto & Saúde*, 2022 [acesso em 20 maio 2023]; 22(45):e10245. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.10245>.
34. Dimer NA, Canto-Soares N do, Santos-Teixeira L dos, Goulart BNG de. The COVID-19 pandemic and the implementation of telehealth in speech-language and hearing therapy for patients at home: an experience report. *CoDAS*. 2020 [acesso em 20 maio 2023]; 32(3):1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020144>.
35. Paro CA, Vianna NG, Lima MCMP. Investigating the compliance with speech therapy service in the context of primary care. *Rev. CEFAC*. 2013 [acesso em 20 maio 2023]; 15(5):1316–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000500029>.
36. Farias IKMS, Araújo, ANB de, Nascimento CMB do, Xavier IA de LN, Vilela MBR. Caracterização dos atendimentos realizados numa Clínica Escola de Fonoaudiologia conveniada à rede Sistema Único de Saúde - SUS. *Rev. CEFAC*. 2020 [acesso em 20 maio 2023]; 22(1):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022110119>.
37. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2019 [acesso em 20 maio 2023]; 35(11):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>.
38. McGill N, McLeod S, Crowe K, Wang C, Hopf SC. Waiting lists and prioritization of children for services: Speech-language pathologists' perspectives. *J. Commun. Disord*. 2021 [acesso em 23 fevereiro 2024]; 91:106099. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106099>.

39. McGill N, Crowe K, Mcleod S. “Many wasted months”: Stakeholders’ perspectives about waiting for speech-language pathology services. *Int J Speech Lang Pathol*. 2020 [acesso em 23 fevereiro 2024]; 22(3):313-326. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1747541>.
40. McGill N, McLeod S, Ivory N, Davis E, Rohr K. Randomised Controlled Trial Evaluating Active versus Passive Waiting for Speech-Language Pathology. *Folia Phoniatr Logop*. 2021 [acesso em 23 fevereiro 2024]; 73(4):335-354. Disponível em <https://doi.org/10.1159/000508830>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 22 mar 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf).

**Recebido:** 05 nov. 2023

**Aceito:** 05 mar. 2024