

## Artigos originais

# Panorama do acesso à fonoaudiologia com base no perfil de crianças e adolescentes encaminhados na atenção básica

*Scenario of access to speech therapy based on the profile of children and adolescents referred to primary care*

Júlia Roja Tavoni<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4803-2250>

Nubia Vianna<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8412-7046>

Ana Cláudia Fernandes<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-3847-8483>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



## RESUMO

**Objetivo:** analisar o perfil de crianças e adolescentes encaminhados à avaliação fonoaudiológica e caracterizar o acesso destes usuários a este atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

**Métodos:** estudo quantitativo descritivo-analítico, cujos dados foram obtidos de planilha com informações de usuários atendidos de maio/2013 a fevereiro/2020. Foi realizada análise descritiva das seguintes variáveis: sexo, idade na data do encaminhamento, queixa fonoaudiológica, ano do encaminhamento e do acolhimento, origem do encaminhamento, condutas pós-acolhimento e desfecho após terapia fonoaudiológica. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência e as variáveis numéricas por medidas de tendência central e dispersão. Para verificar a associação entre o tempo de fila de espera e o não comparecimento ao acolhimento fonoaudiológico, foi utilizado o teste de Mann-Whitney considerando 5% como nível de significância.

**Resultados:** foram encaminhados 171 casos, a maioria do sexo masculino, entre 4 e 6 anos, com queixas de linguagem; 73,66% foram encaminhados por profissionais da UBS, principalmente pelo pediatra. Após a avaliação fonoaudiológica, 27,49% foram encaminhados para a níveis mais complexos de atenção à saúde. Dentre os 78 que iniciaram fonoterapia na UBS, 24,36% tiveram alta e 32,05% foram desligados por faltas. Houve relação estatisticamente significativa na análise dos dados de tempo de fila de espera e o não comparecimento ao acolhimento fonoaudiológico.

**Conclusão:** a atuação da Fonoaudiologia na Atenção Básica contribui com sua resolutividade, pois quando está presente neste nível do sistema de saúde, absorve grande parte das demandas.

**Descritores:** Fonoaudiologia; Atenção Primária à Saúde, Cooperação e Adesão ao Tratamento; Acesso aos Serviços de Saúde

## ABSTRACT

**Purpose:** to analyze the profile and access of patients who need speech-language pathology care in a Primary Health Unit (UBS).

**Methods:** a descriptive analytical study, including data obtained from a spreadsheet with information provided by patients from May 2013 to February 2020. The following variables were analyzed: gender, age at referral, speech-language pathology complaint, year of referral, year of the first visit and service, and professional responsible for the health referral, speech therapy conduct after first visit, and outcome after therapy. Categorical variables were analyzed by means of frequency and numeric variables by measures of central tendency and dispersion. For inferential statistical analysis, the Mann-Whitney test was used, considering 5% as the significance level.

**Results:** in total, 171 individuals were referred, most were males, aged 4 to 6 years, with language complaints; 73.66% were referred by professionals from the UBS, mainly by pediatricians. After the speech-language pathology assessment, 27.49% were referred to the specialty. Among the 78 individuals who started speech-language therapy at the UBS, 24.36% were discharged and 32.05% were dismissed, due to absences. A statistically significant correlation was observed when analyzing data of waiting time and non-attendance at the first speech therapy visit.

**Conclusion:** as it addresses a large part of the demands in Primary Care, speech-language pathology helps to increase solubility at this level of the health system. Lack of compliance is considered a barrier in service organization and in promoting access to other patients.

**Keywords:** Speech, Language, and Hearing Sciences; Primary Health Care; Treatment Adherence and Compliance; Health Service Accessibility

Recebido em: 24/01/2022

Aceito em: 28/06/2022

### Endereço para correspondência:

Júlia Roja Tavoni

Rua Dr Quirino, nº 941, Apto 144 - Centro

CEP 13015-081 - Campinas, São Paulo,

Brasil

E-mail: [juliatavoni@gmail.com](mailto:juliatavoni@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a inserção da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde (SUS) esteve atrelada à atenção especializada, especialmente em ambulatórios e centros de reabilitação. Contudo, houve ampliação da inserção do fonoaudiólogo na Atenção Básica (AB) nos últimos tempos, especialmente após a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup>, hoje chamados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>1</sup>. Desta forma, neste cenário, o fonoaudiólogo pode atuar na atenção à saúde, abrangendo ações de promoção, prevenção, educação e intervenção em grupos populacionais, além da clínica propriamente dita<sup>1</sup>. Vale destacar, que o fonoaudiólogo pode contribuir na busca por estratégias de planejamento e gestão em saúde relacionadas ao seu núcleo de atuação, bem como na intersecção com outras áreas profissionais, no campo da saúde.

No contexto da AB, a atuação do fonoaudiólogo depende das características específicas de cada território e, de forma recorrente, relaciona-se às dificuldades de crianças no que se refere ao desenvolvimento da linguagem oral e escrita; ao cuidado à população idosa, sejam pelas questões auditivas, a quadros de disfagia, afasias; entre outras demandas. Além das atividades clínico-assistenciais, caracterizadas pela oferta do atendimento à população por meio, por exemplo, de práticas de avaliação e fono-terapia, o fonoaudiólogo deve realizar apoio técnico-pedagógico às equipes da AB. Este apoio pressupõe a realização de suporte educativo aos profissionais por meio de ações grupais centradas na discussão de casos clínicos em reuniões de equipe, atendimentos compartilhados, ações de educação permanente, entre outras estratégias, o que potencializa a resolutividade deste nível de atenção à saúde<sup>2,3</sup>. Apesar da criação dos NASF ter aproximado o fonoaudiólogo da AB, ainda existe uma carência muito grande deste profissional neste nível de atenção, pois a realidade que se faz presente é de baixa cobertura do NASF no território nacional, acrescido ao fato de que não são todas as equipes que possuem este profissional, uma vez que a composição da equipe do NASF é determinada pelos gestores municipais, levando-se em consideração, em tese, as demandas identificadas no território<sup>2</sup>. Estudos destacam o crescimento da oferta de fonoaudiólogos no contexto do SUS e na AB, porém a quantidade ainda é incompatível com a demanda existente. Esta má distribuição de recursos humanos restringe a

atuação do fonoaudiólogo, nutrindo uma imagem limitada da profissão<sup>4,5</sup>.

As dificuldades encontradas pelo fonoaudiólogo na atuação em Saúde Coletiva são reflexo direto da formação profissional, muitas vezes não direcionada para o contato com a dinâmica de funcionamento do SUS e, especificamente, da AB. Com formação tradicionalmente realizada em contextos que valorizam a atuação especializada dentro do modelo assistencial privatista, o fonoaudiólogo encontra dificuldades para atuar na lógica do trabalho como equipe de apoio centrada em ações coletivas e articulação intersetorial, como as que são priorizadas nos NASF<sup>4</sup>.

Uma das estratégias que visa aumentar a qualificação dos profissionais para atuar no SUS e na AB são os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). Os PRMS são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e promovem o ensino em serviço visando a formação integral e interdisciplinar, com aproximação do ensino-serviço-comunidade<sup>6</sup>. Os PRMS, bem como outras ações, têm contribuído para o avanço da Fonoaudiologia na AB, fato que, por sua vez, tem colaborado com a melhoria das condições de vida da população. Porém, a existência de PRMS e de fonoaudiólogos residentes atuando em unidade do SUS por meio destes programas não significa necessariamente que estes profissionais serão absorvidos pela rede SUS quando concluírem o programa. Assim, persiste o cenário de dificuldade de acesso a essa categoria profissional na saúde pública<sup>7</sup>, sobretudo, neste nível de complexidade do sistema.

O conceito de *acesso* é definido na literatura de forma complexa, variável de acordo com determinados autores e com o contexto de utilização. Ainda que sob diferentes perspectivas conceituais, o termo se refere ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados e se centra na relação entre a procura e a oferta pelo serviço de saúde<sup>8</sup>. Desta forma, o *acesso* ao serviço de saúde caracteriza-se de maneira multidimensional e abrange variáveis associadas à política vigente e a aspectos econômicos, sociais, organizativos e técnicos.

Há três dimensões que determinam o *acesso* e que se inter-relacionam: a *disponibilidade*, a *capacidade de pagar* e a *aceitabilidade*. A *disponibilidade* envolve aspectos como a localização geográfica e a extensão de oferta de atendimentos de saúde comparada às demandas da população atendida. A *capacidade de pagar* se relaciona ao grau de financiamento público ou mesmo individual envolvido em gastos com a

saúde. Por fim, a *aceitabilidade* em utilizar os serviços e a *adesão* aos tratamentos e às propostas terapêuticas depende de variáveis subjetivas como sexo, etnia, crenças, cultura e condição socioeconômica<sup>9</sup>. O conceito de acesso fundamenta-se, portanto, na relação do sistema de saúde com fatores individuais e comunitários<sup>9</sup>, sendo que as desigualdades em relação ao acesso e o grau de *utilização dos serviços* são resultado de uma complexa rede de fatores<sup>10</sup>.

A *utilização dos serviços* configura-se como uma questão central nos sistemas de saúde e este conceito é descrito como o contato direto com profissionais da saúde, que envolve procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação<sup>8</sup>. Destaca-se que a utilização de um serviço é resultante da interação entre o indivíduo que busca determinados cuidados e a equipe profissional, que o acolhe<sup>11</sup>.

O conceito de *adesão*, por sua vez, é caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir do contexto em que o comportamento e as atitudes adotados pelo paciente correspondem às orientações realizadas por um profissional da saúde<sup>12</sup>. A natureza da *não adesão* determina-se de maneira complexa, sendo necessária para a sua compreensão a consideração de medidas subjetivas relacionadas a cada paciente. Há muitas vezes uma concepção reducionista em relação aos motivos envolvidos no processo de não adesão a um tratamento, que considera o usuário passivo no seu processo de cuidado. Destaca-se a necessidade de que os profissionais atuem como corresponsáveis no processo de promoção da adesão do paciente às orientações e intervenções realizadas<sup>13</sup>.

Diante deste contexto, este projeto tem o objetivo de analisar o perfil de crianças e adolescentes encaminhados à avaliação fonoaudiológica e caracterizar o acesso destes usuários a este atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

## MÉTODOS

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil, (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE 31606620.2.0000.5404, Parecer nº 4.296.954). Para a coleta de dados quantitativos, realizada com base na consulta de dados primários dos prontuários, foi autorizada a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de cunho descritivo-analítico, visto que os fatores que caracterizam o perfil

dos pacientes encaminhados e as condutas subsequentes podem ser estatisticamente quantificáveis e, assim, auxiliar na compreensão do contexto do acesso à terapia fonoaudiológica.

A UBS que se configura como campo desta pesquisa denomina-se UBS Maria Cecília Ramos de Oliveira – DIC I (Distrito Industrial de Campinas) e localiza-se no Distrito Sudoeste na cidade de Campinas- SP, funcionando de acordo com a Estratégia Saúde da Família. Até março de 2019, a UBS dividia-se em quatro Equipes, sendo elas: Amarela, Azul, Vermelha e Verde. Esta última, entretanto, em 2019, foi incorporada por uma unidade de um território vizinho. Desde o ano de 2013 até fevereiro de 2020, esta UBS configurou-se como cenário de práticas do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual de Campinas. A UBS recebia, a cada ano, quatro residentes: dois enfermeiros, um fonoaudiólogo e um nutricionista ou farmacêutico.

A atuação do residente fonoaudiólogo incluía a realização de atividades de promoção e prevenção à saúde, acolhimento, avaliação fonoaudiológica e fonoterapia, bem como atendimentos compartilhados com outros profissionais. Havia, ainda, a participação nas reuniões das Equipes de Referência, reuniões intersectoriais com os serviços de Educação do território, reuniões de matriciamento e preceptorias.

Na cidade de Campinas, os usuários com demandas fonoaudiológicas podem ser encaminhados para acolhimento ou avaliação fonoaudiológica pelas equipes de referência da UBS de acordo com o Protocolo de Fonoaudiologia<sup>14</sup>. No contexto específico desta UBS, devido à presença do residente fonoaudiólogo no local, a avaliação fonoaudiológica era realizada na própria unidade, momento em que o usuário podia ser encaminhado para outro serviço ou iniciar fonoterapia na própria UBS, a depender do caso. No caso dos usuários acolhidos para terapia na própria UBS, todos eram informados que, em caso de três faltas consecutivas e sem justificativa, ocorreria o desligamento do usuário do serviço.

Com exceção das UBS que possuem residentes ou estagiários, as UBS de Campinas não contam com fonoaudiólogos em seu quadro de funcionários, o que fez da UBS DIC I um local apropriado para a investigação acerca do acesso à terapia fonoaudiológica na Atenção Básica no território adscrito à UBS. Durante o período de atuação dos residentes fonoaudiólogos, de maio de 2013 a fevereiro de 2020, foi construída uma

planilha para organização do serviço prestado. A partir dessa planilha, organizou-se um banco de dados dos usuários atendidos pelos residentes fonoaudiólogos após encaminhamento dos profissionais da unidade ou, até mesmo, por demanda espontânea. Os usuários atendidos pelo programa e incluídos neste estudo encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos de idade. A faixa etária dos usuários incluídos neste estudo caracteriza-se desta forma visto que o Programa de Residência atuante nesta UBS tinha como público-alvo crianças e adolescentes até 19 anos de idade.

A análise da planilha considerou variáveis que envolvem tanto aspectos referentes ao acesso quanto ao perfil dos usuários, sendo elas: sexo, idade na data do encaminhamento, queixa fonoaudiológica, equipe de referência, tempo médio de fila de espera, tempo médio de atendimento fonoaudiológico, serviço e profissional responsável pelo encaminhamento, conduta pós-acolhimento e desfecho do caso.

Os dados coletados constituíram tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de

frequência absoluta e relativa. A descrição das variáveis quantitativas foi realizada com cálculo de medidas de posição e dispersão (média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo). Para verificar a associação entre o tempo de fila de espera e o não comparecimento ao acolhimento fonoaudiológico, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%. O *software* utilizado para a realização das análises apresentadas foi o Statistical Analysis System (SAS System for Windows, versão 9.4)

## RESULTADOS

No período de maio de 2013 a fevereiro de 2020, foram encaminhados 171 pacientes. Alguns usuários foram encaminhados mais de uma vez em momentos distintos no período de 2013 a 2020, de modo que, excluindo estes casos, o n passou a ser 156, sendo 67,31% do sexo masculino. Com relação a faixa etária no momento do encaminhamento, a maior parte dos encaminhamentos ocorreu na faixa etária dos 4 e 6 anos de idade (Tabela 1).

**Tabela 1.** Faixa etária dos usuários de acordo com a data de encaminhamento

Faixa etária	Número*	Percentual
Menos de 1 ano	7	4,09
1 a 3 anos	31	18,13
4 a 6 anos	65	38,01
7 a 9 anos	32	18,71
10 a 12 anos	15	8,77
13 a 15 anos	8	4,68
16 a 18 anos	2	1,17
19 anos	1	0,58
Não Consta	10	5,85
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

\*Foram considerados todos os encaminhamentos, sem exclusão dos usuários encaminhados mais de uma vez ao serviço.

As queixas que se referem ao atraso de linguagem e desvios fonológicos apareceram como as mais frequentes dentre os encaminhamentos recebidos (26,9% e 29,82%, respectivamente). Há também destaque para os casos de dificuldades escolares,

podendo estes estar associados às queixas de fala (8,19%) ou não (6,43%). Mais de 10% dos casos encaminhados traziam queixas relacionadas à Motricidade Orofacial, sendo que 11 deles solicitavam a avaliação de frênulo lingual (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das queixas dos indivíduos encaminhados para avaliação

Queixas	Número*	Percentual
Alterações de Motricidade Orofacial	18	10,52
Alterações de Processamento Auditivo Central	1	0,58
Alterações Vocais	5	2,92
Dificuldade de Amamentação	1	0,58
Deficiência Intelectual	1	0,58
Dificuldade Escolar/Leitura e Escrita	11	6,43
Atraso de Linguagem	46	26,90
Disfagia	1	0,58
Gagueira	10	5,85
Surdez	2	1,17
Suspeita de Autismo	3	1,75
Suspeita de Perda Auditiva	6	3,51
Desvios Fonológicos	51	29,82
Desvios Fonológicos + Dificuldade de Leitura e Escrita	14	8,19
Alteração de Motricidade Orofacial + Atraso de Linguagem	1	0,58
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

\*Foram considerados todos os encaminhamentos, sem exclusão dos usuários encaminhados mais de uma vez.

Em relação ao acesso à terapia fonoaudiológica e à distribuição dos casos por Equipes de Referência da UBS, observou-se um maior número de encaminhamentos realizados pela Equipe Verde (30,12%) e, em seguida, pela Equipe Azul (26,28%). Na Tabela 3,

percebe-se que, dos 171 casos encaminhados para avaliação com o fonoaudiólogo residente, 78 iniciaram atendimento na própria UBS. Menos de 30% dos casos foram encaminhados para outros serviços de especialidade.

**Tabela 3.** Distribuição dos casos de acordo com serviços de origem do encaminhamento para fonoaudiologia e distribuição dos casos conforme condutas pós-acolhimento

Serviço	Número	Percentual
UBS DIC I*	122	71,34
Odontologia**	1	0,58
CAPS***	1	0,58
Escolas	27	15,79
Hospital Ouro Verde	4	2,34
Policlínicas****	8	4,64
Unicamp	2	1,17
Não Consta	6	3,51
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>
Conduta pós-acolhimento	Número*	Percentual
Atendimento na UBS DIC I*	78	45,61
Encaminhado para outro serviço	47	27,49
Desligamentos	46	26,90
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

\*Unidade Básica de Saúde DIC I

\*\* Serviço de Odontologia vinculado a cursos de graduação ou pós-graduação da rede privada e que oferecem atendimentos a um custo mais acessível para a população

\*\*\* CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

\*\*\*\* Policlínica – Serviço de atenção especializada da Rede SUS Campinas

Tais encaminhamentos englobam as mais diversas queixas fonoaudiológicas, as quais dependiam de avaliação e/ou intervenção fonoaudiológica ou de outros profissionais localizados na atenção especializada ou hospitalar. Quanto às condutas pós-acolhimento, dentre os casos que permaneceram para atendimento na própria unidade, sem terem sido encaminhados para outros níveis de atenção à saúde,

96,15% (75 usuários) iniciaram terapia fonoaudiológica na UBS. Além disso, outros 2,56% dos casos tiveram seguimento via puericultura e 1,28% via *Grupo Pais e Filhos*.

Ainda na Tabela 3, nota-se que 46 crianças foram convocadas para acolhimento e não compareceram para avaliação, sendo desligadas pelos motivos descritos na Tabela 4.

**Tabela 4.** Distribuição dos motivos de desligamentos após a realização ou tentativa de realização do acolhimento fonoaudiológico e distribuição dos desfechos dos casos após a terapia fonoaudiológica e por não comparecimento ao acolhimento

Motivo do desligamento mediante tentativa ou realização do acolhimento*	Número	Percentual
Já faz acompanhamento em outro serviço	3	6,52
Mudou de região	2	4,35
Não tem mais queixa	3	6,52
Orientação	9	19,57
Tentativa de Contato sem sucesso	9	19,57
Não compareceu ao acolhimento	16	34,78
Não consta	4	8,70
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
Desfechos após início da terapia fonoaudiológica na UBS	Número	Percentual
Alta Fonoaudiológica	19	24,36
Desligamento - Contato sem sucesso	1	1,28
Desligamento – Faltas	25	32,05
Desligamento-Incompatibilidade de horário	1	1,28
Desligamento – Mudou de região	1	1,28
Desligamento - Acompanhado em outro serviço	2	2,56
Desligamento - Não tem mais queixa	9	11,54
Encaminhado para outro serviço	19	24,36
Não Consta	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

\*O acolhimento é o primeiro contato do paciente com a fonoaudióloga residente após o usuário ter sido encaminhado para Fonoaudiologia. Após o acolhimento, a profissional, em alguns casos, direcionava o usuário para terapia fonoaudiológica na própria UBS ou este era encaminhado para outro nível de atenção à saúde (especialidade).

Com relação aos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos realizados, o médico pediatra aparece como responsável por 51,46% dos encaminhamentos. Em seguida, as escolas do território da UBS se destacam com 15,79% dos encaminhamentos

recebidos e a Equipe de Enfermagem da UBS, com 12,86%. Observa-se, ainda, que ocorreu um crescimento do número de encaminhamentos e acolhimentos realizados entre os anos de 2013 e 2020, como mostra a Tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição anual do número de encaminhamentos e acolhimentos realizados

Ano	Encaminhamentos	Percentual	Acolhimentos	Percentual
2013	7	4,09	6	3,51
2014	7	4,09	23	13,45
2015	30	17,54	15	8,77
2016	18	10,53	43	25,15
2017	34	19,88	35	20,47
2018	30	17,54	28	16,37
2019	29	16,96	13	7,60
2020*	6	3,51	8	4,68
Não Consta	10	5,85	0	0
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

\*O número de encaminhamentos e acolhimentos neste ano refere-se apenas aos meses de janeiro e fevereiro

Na Tabela 6, é possível observar que os pacientes que não compareceram ao acolhimento tiveram um tempo de fila de espera maior de um ano, enquanto aqueles que compareceram aguardaram menos de

seis meses. A análise estatística proposta mostrou que houve relação estatisticamente significativa entre tais variáveis: tempo de fila de espera e comparecimento ao acolhimento fonoaudiológico.

**Tabela 6.** Relação entre “não compareceu ao acolhimento” e tempo de fila de espera em dias

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor de p
Compareceu	130	141,05	201,70	0	601,50	958	<0,0001
Não compareceu	14	566,14	335,77	0	55	1066	

**Legenda:** N = número de sujeitos, tendo sido excluídos aqueles encaminhados mais de uma vez ao serviço ou aqueles com dados faltantes no prontuário. Média em dias. Utilizado teste de Mann-Whitney

Em relação às 78 crianças que iniciaram terapia fonoaudiológica na UBS, apenas 24,36% atingiram a alta fonoaudiológica. Ao mesmo tempo, mais de 30% dos pacientes acabaram sendo desligados devido às faltas não justificadas aos atendimentos previamente agendados (Tabela 7). Dos 70 pacientes que iniciaram terapia fonoaudiológica na UBS após avaliação, o

tempo de atendimento foi de, em média, 321 dias, sendo o tempo máximo de atendimento 1.142 dias, desvio-padrão 318,21 e mediana 208,50. Foram excluídos oito casos nesta análise em específico devido à ausência de dados em relação à data de início e finalização do atendimento fonoaudiológico.

**Tabela 7.** Distribuição dos desfechos pós-terapia fonoaudiológica

Desfecho	Frequência	Percentual
Alta Fonoaudiológica	19	24,36
Desligamento - Contato sem sucesso	1	1,28
Desligamento – Faltas	25	32,05
Desligamento - Incompatibilidade de horário	1	1,28
Desligamento – Mudou de região	1	1,28
Desligamento - Acompanhado em outro serviço	2	2,56
Desligamento - Não tem mais queixa	9	11,54
Encaminhado para outro serviço	19	24,36
Não Consta	1	1,28
Total	78	100

## DISCUSSÃO

O perfil de usuários encaminhados para avaliação fonoaudiológica na UBS DIC I foi de sujeitos predominantemente do sexo masculino entre 4 e 6 anos de idade, com queixas fonoaudiológicas relacionadas à linguagem oral. Esse perfil coincide com diversos estudos da área<sup>15-20</sup>. A prevalência de pacientes do sexo masculino com alterações atreladas ao desenvolvimento da linguagem é justificada na literatura com base nas diferenças neurológicas, maturacionais, hormonais e, até mesmo, genéticas, observadas entre os sexos<sup>21</sup>. Um estudo envolvendo a aplicação de um teste de rastreamento de alterações de fala, em crianças no 1º ano do ensino fundamental, concluiu que a chance de ocorrência dessas alterações no sexo masculino é 2,53 vezes maior que no sexo feminino<sup>22</sup>.

O ambiente no qual a criança se desenvolve e as oportunidades nele contidas balizarão a aquisição da linguagem. Sendo assim, as diferentes formas de interação entre a criança, o meio e a própria forma de criação podem justificar as diferenças observadas no desenvolvimento de linguagem entre meninos e meninas<sup>16</sup>. Estudos, porém, destacam a inexistência de comprovação científica da relação entre as alterações fonoaudiológicas e a sua maior ocorrência no sexo masculino<sup>18,19</sup>.

O predomínio de pacientes encaminhados para avaliação entre os 4 e 6 anos de idade é atrelado ao fato de a identificação das queixas de linguagem infantil, muitas vezes, ocorrer nos primeiros anos da vida escolar. O início de novas relações sociais da criança, recém-saída do contexto familiar, oferece aos pais e educadores oportunidades para atentar-se à linguagem da criança. É na escola que a linguagem e a interação serão colocadas à prova ao serem

comparadas entre pares, realidade que desencadeia maior exigência familiar quanto às capacidades de comunicação da criança<sup>16</sup>.

Um estudo realizado com dois instrumentos de avaliação de linguagem em creches públicas de Belo Horizonte constatou alta prevalência de queixas em crianças entre os 4 e os 6 anos de idade. Com o instrumento número 1, 45% das crianças avaliadas tiveram sua fala classificada como inadequada e, com o instrumento número 2, 53,3% da amostra não obteve resultados adequados à faixa etária<sup>23</sup>. Essas dificuldades de comunicação, quando não superadas serão obstáculos ao desenvolvimento escolar pleno: crianças com alterações de fala têm 30% mais chances de repetência escolar quando comparadas àquelas sem queixas<sup>24</sup>.

A escola age como um *filtro* e destaca as dificuldades de comunicação não detectadas previamente e passíveis de influenciar no desempenho de habilidades pré-linguísticas, bem como no aprendizado da leitura<sup>16</sup>. Mesmo que a escola seja capaz de detectar essas alterações, esta não necessariamente ocorrerá no momento oportuno para intervenção.

Na realidade das escolas públicas de Belo Horizonte, por exemplo, investigou-se a sensibilidade de educadores em detectar alterações de linguagem em crianças de dois a quatro anos e onze meses de idade. Constatou-se que os educadores apresentaram dificuldades na identificação de crianças com riscos para o desenvolvimento da linguagem, principalmente na faixa etária entre os 2 e 4 anos de idade, demonstrando maior sensibilidade apenas partir dos 3 anos de idade<sup>25</sup>.

Entende-se que a escola age como um ponto importante na rede de acesso dos usuários ao atendimento fonoaudiológico pois, mesmo quando não é a



responsável propriamente dita pelo encaminhamento, suscita nas famílias a percepção da demanda de atendimento por revelar dificuldades antes não identificadas no círculo familiar.

Contextualizando esses dados e os resultados obtidos nesse estudo, é possível inferir que boa parte das crianças encaminhadas ao fonoaudiólogo residente entre os 4 e 6 anos de idade já poderia ter recebido intervenção em fase pré-escolar. A detecção de alterações na aquisição da linguagem entre os dois e três anos reduz em 30% a necessidade de a criança realizar outros acompanhamentos terapêuticos quando atingir os oito anos de idade<sup>26</sup>.

Dessa forma, as crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento da linguagem entre 1 e 3 anos de idade devem ser encaminhadas para avaliação e, se necessário, iniciar a intervenção fonoaudiológica. Segundo o Protocolo de Fonoaudiologia do município de Campinas, as crianças maiores de 3 anos com atraso de fala configuram-se como casos de maior vulnerabilidade devendo ser encaminhadas para avaliação com prioridade na convocação. Ao mesmo tempo, este mesmo documento indica que ações de promoção e prevenção na própria UBS direcionadas às crianças menores de três anos com desenvolvimento de linguagem aquém do esperado devem ser realizadas, incluindo ações que promovam, por exemplo, a oportuna remoção de hábitos deletérios<sup>14</sup>, muitas vezes, causadores das alterações de fala.

Com base nos índices de alterações de fala e na faixa etária em que essas ocorrem, explicita-se a necessidade de que a atuação fonoaudiológica preventiva ocorra em fase pré-escolar<sup>22</sup>. Entende-se que a inserção do fonoaudiólogo no contexto escolar, além de promover ações coletivas preventivas, deve envolver a orientação de educadores e demais membros das equipes pedagógicas objetivando o diagnóstico precoce e a qualidade de vida no âmbito escolar<sup>27</sup>.

Confirmando a atuação da Atenção Básica como principal acesso dos usuários ao fluxo de serviços do Sistema Único de Saúde<sup>28</sup>, neste estudo a própria UBS foi o serviço responsável por 71,34% dos encaminhamentos recebidos. Há a hipótese de que a presença do fonoaudiólogo residente na UBS sensibiliza os outros profissionais, bem como os usuários atendidos, quanto à atuação dessa categoria profissional e, assim, incentiva a realização dos encaminhamentos. A partir desses dados, é possível compreender o potencial do PRMS no aumento das oportunidades

de acesso da população aos serviços de saúde levando-se em consideração que, comumente, o fonoaudiólogo não faz parte da equipe de saúde da AB. Sem o PRMS os usuários da UBS DIC I seriam direcionados para avaliação fonoaudiológica de acordo com o fluxo municipal, dependendo da adesão da equipe aos matriciamentos e lidando com distância entre os demais serviços e o território da UBS.

O médico pediatra aparece neste estudo como o profissional responsável por uma parcela substancial dos encaminhamentos realizados (51,46%). Outro estudo<sup>15</sup> também identificou o médico pediatra como principal responsável pelos encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica. Há, ainda, outros estudos<sup>17,18</sup> em que o profissional médico foi identificado como responsável pela maioria dos encaminhamentos recebidos, fato que reforça o modelo de organização médico-centrado ainda comum em muitos espaços de saúde em que se atribui a este profissional funções exclusivas, as quais poderiam ser realizadas de forma compartilhada com outros profissionais da Atenção Básica.

Neste estudo, a atuação relevante do médico pediatra na realização dos encaminhamentos também pode ser justificada levando-se em consideração o público-alvo do programa de residência em questão e a *atuação interprofissional* existente entre os médicos pediatras da unidade e os fonoaudiólogos residentes atuantes na UBS. A presença do fonoaudiólogo na UBS sensibiliza os profissionais da equipe quanto às demandas atendidas pela Fonoaudiologia, promovendo maiores chances de encaminhamento e, assim, de acesso à avaliação fonoaudiológica. A *atuação interprofissional* ocorre mediante o trabalho de profissionais de diferentes categorias em um processo de aprendizagem compartilhado e interativo, objetivando o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas capazes de oferecer ao usuário um atendimento integral<sup>29</sup>.

Em segundo plano, as escolas aparecem como responsáveis por 27 dos 171 casos encaminhados. Essa contribuição importante, já observada em outros serviços de saúde<sup>17,18</sup>, pode estar atrelada às reuniões periódicas entre profissionais da UBS (terapeuta ocupacional, psicólogo, Agente Comunitário de Saúde - ACS e residentes multiprofissionais) e as equipes pedagógicas das escolas do território. Essa parceria intersetorial, firmada por meio da discussão de casos, faz com que os profissionais adquiram conhecimentos que os permitam identificar sinais de risco ao

desenvolvimento do público infantil, com demandas que podem ou não ser de caráter fonoaudiológico. Além disso, com a mediação do fonoaudiólogo residente, ocasionalmente, eram discutidos temas relacionados à atuação fonoaudiológica a partir de demandas levantadas nas reuniões anteriores. Assim, apesar da atuação do fonoaudiólogo residente não ser atrelada ao NASF, sua prática de trabalho se alinha às mesmas perspectivas deste serviço com a realização de ações pedagógicas que promovem parcerias inter-setoriais, as quais fortalecem a atuação da AB no território, facilitando o acesso da população a este serviço.

A equipe de enfermagem também foi agente importante na realização dos encaminhamentos, tendo sido responsável por mais de 10% destes. Na dinâmica de serviço dessa UBS, os profissionais da enfermagem assumiam o acolhimento inicial de todos os usuários. Entende-se que seu papel associado à “porta de entrada” contribui para o número de encaminhamentos realizados. Este dado mostra que capacitar esta categoria profissional quanto às questões fonoaudiológicas pode ser uma ação importante a ser promovida pela gestão distrital e/ou municipal. Outra possibilidade de intervenção para a identificação precoce de tais demandas fonoaudiológicas seria por meio da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, com a busca ativa de casos na comunidade e o incentivo pela busca da avaliação fonoaudiológica antes do início da vida escolar.

Analisando a evolução longitudinal do número de encaminhamentos e acolhimentos realizados anualmente, observa-se que estes aumentaram desde o início do programa de residência na UBS. Esse aumento reflete a parceria do serviço e dos fonoaudiólogos residentes que atuaram no serviço entre os anos de 2013 e 2020, além de reforçar o grande potencial dos Programas de Residência em Saúde como facilitadores do acesso à avaliação e terapia fonoaudiológica. A presença do fonoaudiólogo residente possibilita o acesso da população a essa categoria profissional, realidade reconhecida em outro estudo que relaciona a atuação do fonoaudiólogo na AB via PRSM com o cuidado integral e coordenado na infância e a redução da sobrecarga nos serviços especializados<sup>30</sup>.

Destaca-se que as variações observadas, com a diminuição ou aumento do número de casos encaminhados, refletem também as dificuldades relacionadas ao rodízio anual de residentes no serviço. O residente assume o serviço com a bagagem trazida da graduação, mas necessita de um período de

adaptação para apropriar-se do fluxo e das particularidades do serviço. Além disso, há influência também de efeitos externos como a epidemia importante de Dengue no município de Campinas no ano de 2015, que dificultou a manutenção de atendimentos eletivos, sendo incluídos nessa categoria os atendimentos fonoaudiológicos. No ano de 2016, houve também alterações importantes nas equipes com a saída de um pediatra na Equipe Verde e o déficit de enfermeiro na Equipe Azul.

Diante da realização do acolhimento fonoaudiológico na UBS, os usuários poderiam continuar sendo atendidos na própria UBS ou encaminhados para outros serviços da Rede Municipal de Campinas. Quando encaminhados para outros serviços, o seguimento do caso ocorreria na rede municipal de saúde. Já os casos com seguimentos na própria UBS, poderiam ser inseridos em terapia fonoaudiológica, acompanhados na puericultura ou inseridos no grupo terapêutico *Pais e Filhos* da própria unidade. Destaca-se que a frequência de realização dos atendimentos fonoaudiológico era variável: as sessões ocorriam semanalmente, quinzenalmente ou até mesmo mensalmente.

Após avaliação realizada pelo fonoaudiólogo residente, 45,61% dos casos encaminhados iniciaram atendimento na própria UBS, de forma grupal ou até mesmo individual. A resolatividade e capacidade de absorção da demanda mostram o potencial de atuação do fonoaudiólogo na Atenção Primária e a possibilidade de diminuição da sobrecarga de outros níveis de atenção à saúde (especialidades), visto que menos de 30% dos casos foram diretamente encaminhados para outros serviços. As crianças encaminhadas para outros serviços após início da terapia fonoaudiológica, possivelmente, iniciaram o acompanhamento na UBS como forma de manutenção do vínculo com o serviço até que fossem convocadas para a continuidade dos atendimentos nos serviços de referência de acordo com as demandas observadas (Policlínica II, Saber Interdisciplinar em Aprendizagem - Sabiá - serviço de referência para questões de aprendizagem, APAE).

Focando-se no número substancial de desligamentos ocorridos após o não comparecimento para avaliação, por sua vez, torna-se relevante refletir acerca da baixa adesão aos atendimentos. Destaca-se que todos os usuários acolhidos para terapia fonoaudiológica foram orientados sobre a necessidade de adesão às orientações terapêuticas podendo ser desligados do serviço em casos de três faltas sem

justificativa, mudança de região, contato sem sucesso e realização de acompanhamento fonoaudiológico em outro serviço.

Levantou-se a hipótese de que o elevado tempo de espera das famílias para a avaliação fonoaudiológica pudesse ser um fator determinante no alto número de desligamentos, visto que 16 casos não compareceram ao acolhimento e, mesmo após diversas tentativas de contato e reagendamentos, ainda assim, não compareceram à avaliação. Além disso, foi possível observar que os pacientes que não compareceram ao acolhimento mesmo após reagendamentos tiveram um tempo de fila de espera para avaliação fonoaudiológica superior a um ano, enquanto aqueles que compareceram ao acolhimento esperaram menos de 6 meses para convocação. A análise estatística inferencial, relacionada à associação entre o tempo de fila de espera e o não comparecimento ao acolhimento fonoaudiológico, e a literatura<sup>31</sup> sobre o tema reconhecem o impacto do tempo de fila de espera na adesão de usuários aos atendimentos em saúde.

O conceito de acesso, proposto pelo Comitê de Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos, destaca que a dimensão temporal do acesso é determinante. Defende-se que o acesso ao serviço deve ocorrer no momento adequado para que os resultados pós-intervenção sejam os melhores possíveis<sup>31</sup>. O alto tempo de fila de espera para avaliação desmotiva os usuários, contudo é necessário reiterar que a própria não adesão da população às convocações para acolhimento acaba por aumentar ainda mais o tempo de fila de espera. As diversas tentativas de contato e reagendamentos levam tempo e às faltas não justificadas nas sessões agendadas acabam tornando-se horas desperdiçadas da carga horária dos profissionais em questão. A dificuldade de adesão não se limita às convocações para acolhimento, visto que a porcentagem de pacientes que iniciou fonoterapia e acabou desligada devido ao critério de faltas (32,05%) supera a de pacientes que alcançaram a alta fonoaudiológica (24,36%).

A literatura tem demonstrado que o encaminhamento ao serviço de Fonoaudiologia, realizado por outros profissionais ou mesmo por demanda espontânea, não garante a adesão do usuário ao tratamento<sup>32</sup>. Percebe-se que a utilização de um serviço envolve tanto variáveis relacionadas ao acesso como à adesão do usuário ao atendimento ofertado. Em um segundo plano, questionam-se os principais motivos

da adesão ou não do usuário às intervenções realizadas após o acolhimento do caso.

O trabalho terapêutico que caracteriza a atuação de profissionais da Fonoaudiologia demanda uma série de atendimentos com o mesmo paciente, realidade que dificulta a convocação de novos pacientes e, conseqüentemente, a promoção do acesso a este serviço. Mesmo que sejam realizadas tentativas de atendimentos grupais, há casos complexos que demandam o atendimento individual e outros os quais acabam atendidos individualmente devido ao histórico da profissão na realização de atendimentos centrados na patologia e não na promoção da saúde. Ao mesmo tempo, a atuação do fonoaudiólogo na Atenção Básica torna-se complexa, visto que muitos dos casos atendidos demandam intervenções de caráter reabilitador realizadas a longo prazo. Essa dinâmica, muitas vezes, não é reconhecida pelo usuário que faz uso de outros serviços da Unidade Básica de forma pontual ou com intervalos de tempo estendidos: consultas mensais ou semestrais com o a equipe médica, realização de exames laboratoriais, curativos e aplicação do calendário vacinal, por exemplo<sup>20</sup>.

Vale destacar que uma limitação deste estudo é não ter investigado as razões para a não adesão dos pacientes, bem como as mudanças necessárias, por parte dos usuários e dos serviços, para promover maior adesão à terapia fonoaudiológica no contexto da Saúde Pública. Havia sido planejada a averiguação das dificuldades de adesão à fonoterapia, por meio de uma pesquisa qualitativa, entretanto, a realização de entrevistas presenciais com os usuários tornou-se inviável devido ao início da pandemia do Coronavírus.

## CONCLUSÃO

Com base nos dados observados, o perfil de usuários encaminhados para avaliação fonoaudiológica na Atenção Básica foi de sujeitos predominantemente do sexo masculino entre 4 e 6 anos de idade, com queixas fonoaudiológicas relacionadas à linguagem oral. Tais encaminhamentos tiveram origem majoritária na própria UBS e, em seguida, de escolas do território correspondente à área adscrita à UBS.

O estudo mostrou que existem dificuldades de acesso à Fonoaudiologia notadas, por exemplo, no elevado tempo dos pacientes em fila de espera e na baixa adesão dos pacientes quando iniciam fonoterapia, gerando desligamentos pelo critério de faltas. A análise estatística inferencial, relacionada à associação entre o tempo de fila de espera e o não comparecimento

ao acolhimento fonoaudiológico, indicou relação estatisticamente significativa, mostrando o impacto de aspectos temporais na adesão ao tratamento fonoaudiológico.

Por outro lado, a presença de residente de Fonoaudiologia na UBS contribuiu positivamente para ampliação do acesso, na medida em que absorveu pacientes em fonoterapia na própria atenção básica e, aqueles que não tinham indicação de iniciar trabalho terapêutico neste nível de complexidade, puderam ser encaminhados para serviços de Fonoaudiologia da atenção especializada de forma mais qualificada após terem disso acolhidos pelo fonoaudiólogo.

## AGRADECIMENTOS

À equipe e os usuários da Unidade Básica de Saúde pesquisada, bem como à Prefeitura Municipal de Campinas por tornarem possível a realização deste projeto de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- Molini-Avejonas DR, Mendes VLF. Atenção Básica - Atuação Fonoaudiológica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC, editores. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. 1aed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p. 1384-98.
- Soleman C, Martins CL. The work of speech therapists under Support Center for Family Health (NASF) - specificities of primary care. Rev. CEFAC. 2015;17(4):1241-53.
- Santos T, Oliveira J, Azevedo R, Penido C. O caráter técnico-pedagógico do apoio matricial: uma revisão bibliográfica exploratória. Physis: Revista de Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2021 [acessado em 11 de abril de 2022]; 31(3). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310316>>.
- Nascimento CL, Nakamura HY. Speech, Language and Hearing Sciences in the SUS in São Paulo state. Distúrb. Comun. 2018;30(1):179-85.
- Sousa M de FS de, Nascimento CMB do, Sousa F de OS, Lima MLLT de, Silva V de L, Rodrigues M. Evolution of speech-language pathologists supplied in Unified Health System (SUS) and in primary healthcare in Brazil. Rev. CEFAC. 2017;19(2):213-20.
- Brasil Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 45 de 12 de Janeiro de 2007 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil: Diário Oficial da União. Brasília; 2007 p. 5.
- Molini-Avejonas DR, Aboboreira MS, Inês M, Couto V. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Public Heal Speech, Lang Hear. 2014;26(2):148-54.
- Assis MMA, de Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(11):2865-75.
- Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: McIntyre D, Mooney G, editores. Aspectos econômicos da equidade em saúde. 1st ed. Rio de Janeiro: FioCruz; 2014. p.137-61.
- Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LDV, de Carvalho Noronha J, de Carvalho A, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora, Scielo Fiocruz; 2012. p.183-206.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004;20(suppl 2):S190-8.
- De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Eur J Cardiovasc Nurs. 2003;2(4):323.
- Reiners A, Azevedo R, Vieira M, Arruda A. Bibliographic production about adherence/non-adherence to therapy. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(suppl 2):2299-306.
- Prefeitura Municipal de Campinas. Protocolo de fonoaudiologia [Homepage na Internet]. Secretaria de Saúde. 2019 [acessado em 04 de fevereiro de 2020]. p. 33. Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/fono/Protocolo\\_Fonoaudiologia.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/fono/Protocolo_Fonoaudiologia.pdf)
- Medeiros ACV de, Lima MCMP. Caracterização da demanda fonoaudiológica em um Centro de Saúde no interior do estado de São Paulo. Revista Saúde (Santa Maria). 2019;45(3):1-13.

16. Diniz RD, Bordin R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil. *Rev da Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(2):126-31.
17. Bittencourt AM De, Rockenbach SP. Perfil dos pacientes de Fonoaudiologia atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Iniciação Científica da ULBRA.* 2017;16 (1):78-87.
18. César A de M, Maksud SS. Caracterização da demanda de fonoaudiologia serviço público municipal de Ribeirão da Neves - MG. *Rev. CEFAC.* 2007;9(1):133-8.
19. Barros PM de L, Oliveira PN de. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife - PE. *Rev. CEFAC.* 2009;12(1):128-33.
20. Oliveira JTD. Possibilidades e limites da atuação fonoaudiológica frente à demanda das unidades básicas de saúde do município de Suzano-SP [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2017.
21. Hage SR de V, Faiad LNV. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na Clínica de Diagnóstico dos Distúrbios da Comunicação - Universidade de São Paulo - Campus Bauru. *Rev. CEFAC.* 2005;7(4):433-40.
22. Caldeira H, Antunes S, Rossi-Barbosa L, Freitas D, Barbosa M, Caldeira A. Prevalence of speech disorders in children through screening test. *Rev. CEFAC.* 2013;15(1):144-52.
23. Bragança LLC, Lemos SMA, Alves CRL. Caracterização da fala de crianças de 4 a 6 anos de creches públicas. *Rev. CEFAC.* 2011;13(6):986-92.
24. Goulart BNG de, Chiari BM. Speech disorders and grade retention in elementary. *Rev. CEFAC.* 2014;16(3):810-6.
25. Silva LK, Labanca L. Identificação dos distúrbios da linguagem na escola. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2014;16(6):1972-9.
26. Van Agt HME, Van Der Stege HA, De Ridder-Sluis H, Verhoeven LTW, De Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics.* 2007;120(6):1317-25.
27. Back AB, Blasi HF, Paiva KM. Atuação fonoaudiológica na pré-escola: uma ação de promoção à saúde da criança Language intervention in preschool: an action in promotion of children's health. *Distúrb. Comun.* 2019;31(4):664-71.
28. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
29. Toassi RF. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª edição. Porto Alegre: Rede Unida. 2017.
30. Menezes CM, Escalda J. Atuação fonoaudiológica em residência multiprofissional de saúde coletiva e primeira infância na Atenção Básica. X Congresso Internacional de Fonoaudiologia, Belo Horizonte, 10 a 12 de Outubro de 2019.
31. Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services; Millman M, editor. Access to Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 1993.
32. Paro CA, Vianna NGL, Pinheiro MCM. Investigating the compliance with speech therapy service in the context of primary care. *Rev. CEFAC.* 2013;15(5):1316-24.