



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA/ INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

FRANCIELLE DA SILVA FREITAS

**DEMANDA FONOAUDIOLÓGICA  
NO DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL**

Porto Alegre  
2015

FRANCIELLE DA SILVA FREITAS

**DEMANDA FONOAUDIOLÓGICA  
NO DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roberta Alvarenga Reis

Co-orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andrea Wander Bonamigo

Porto Alegre  
2015

### CIP - Catalogação na Publicação

da Silva Freitas, Francielle  
Demanda fonoaudiológica no distrito  
glória/cruzeiro/cristal / Francielle da Silva  
Freitas. -- 2015.  
49 f.

Orientadora: Roberta Alvarenga Reis.  
Coorientadora: Andrea Wander Bonamigo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia, Porto  
Alegre, BR-RS, 2015.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Necessidades e  
Demanda de Serviços de Saúde. 3. Serviços de Integração  
Docente Assistencial. 4. Gestão em Saúde. 5.  
Fonoaudiologia. I. Alvarenga Reis, Roberta, orient.  
II. Wander Bonamigo, Andrea, coorient. III. Título.

Francielle da Silva Freitas

**DEMANDA FONOAUDIOLÓGICA  
NO DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2015.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Alvarenga Reis  
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

---

Roberta Alvarenga Reis, Doutora  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Fabiana de Oliveira, Doutora  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

---

Sheila Petry Rockenbach, Mestre  
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

À minha família e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me guiado até aqui.

A minha mãe, Claudete, por ter me dado forças para não desistir, por me fazer acreditar que posso conquistar grandes feitos e por entender minha ausência durante este ano.

A minha orientadora Roberta Alvarenga Reis por ter aceitado orientar este trabalho, pelas valiosas orientações e por toda a sabedoria passada.

À Professora Andrea Wander Bonamigo pela tranquilidade e ajuda na construção deste trabalho.

À acadêmica Shayze Souto por ajudar a coletar os dados para construção deste trabalho.

As minhas amigas de infância Juliana, Katiele, Monique e Valeska por estarem ao meu lado e fazerem parte de cada conquista.

As minhas queridas amigas Ana Paula, Andressa, Audrei, Camila e Stellen que mesmo quando ausente permaneceram ao meu lado, me apoiando, incentivando e alegrando meus dias.

As colegas de faculdade, que se tornaram mais que colegas, Amanda e Lílian por termos caminhado lado a lado este ano, por toda a força e aprendizado que me proporcionaram.

À Andria Ortiz Rassweler por mostrar todas as coisas boas e valorosas que carrego e por ter sido meu grande apoio.

Aos grandes mestres que tive o prazer de conhecer durante esta longa caminhada na Universidade, o meu muito obrigada e minha eterna gratidão por todos os ensinamentos e carinho.

Aos colegas, familiares e demais pessoas que fizeram parte da minha caminhada nestes cinco anos, saibam que todos deixaram algo de bom e feliz em minha vida, obrigada.

*“Admite-se geralmente que toda arte e toda investigação, assim como toda ação e toda escolha, têm em mira um bem qualquer; e, por isso foi dito, com muito acerto, que o bem é aquilo que todas as coisas tendem.”*

*(Aristóteles)*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar a demanda para atendimento especializado em fonoaudiologia e otorrinolaringologia, em Unidades de Saúde localizadas no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), do município de Porto Alegre. O levantamento de dados foi realizada por meio da coleta de documentos de referência e contra referência para as especialidades de fonoaudiologia e otorrinolaringologia das Unidades e da Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) utilizando as variáveis: Classificação Internacional de Doenças (CID-10), idade, unidade, profissional que encaminhou e o tempo de espera entre o encaminhamento e a coleta de dados nas Unidades e tempo de espera entre data do encaminhamento e data da triagem, no caso do EESCA. Os resultados mostram que há um número considerável de casos na ESF Rincão aguardando atendimento otorrinolaringológico, as principais demandas encontradas dizem respeito às questões auditivas, alterações de vias aéreas superiores e transtornos específicos da fala e da linguagem. Durante a coleta e análise dos documentos, observou-se a falta de dados no preenchimento, especialmente o CID-10. O tempo de espera para o atendimento especializado também se mostrou longo, com variação entre sete e 15 meses. Os resultados apontam para a potencialidade de uma análise qualificada da demanda, no sentido da regulação das vagas e de intervenção preventiva e de promoção de saúde para minimizar os efeitos das alterações encontradas e da espera para o tratamento. Percebe-se a parceria da universidade como uma estratégia relevante, mas enfatiza-se a importância de ações de educação permanente em saúde para a qualificação dos serviços e profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde.

Descritores: Fonoaudiologia, Sistema Único de Saúde, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Serviços de Integração Docente Assistencial, Gestão em Saúde.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB: Atenção Básica

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10: Código Internacional de Doenças

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COMPESQ: Comissão de Pesquisa

DS: Distrito Sanitário

EESCA: Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente

ESF: Unidade Saúde da Família

GCC: Glória/Cruzeiro/Cristal

GD: Gerência Distrital

GDGCC: Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

HCPA: Hospital de Clínica de Porto Alegre

HMIPV: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ORL: Otorrinolaringologista

POA: Porto Alegre

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SMS POA: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SUS: Sistema Único de Saúde

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USF: Unidade de Saúde da Família

US: Unidade de Saúde

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Distribuição de participantes por Unidade de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	27
Tabela 2: Unidades de Saúde encontradas nos encaminhamentos ao EESCA do GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	28
Tabela 3: Comparação entre idade e CID-10 nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	31
Tabela 4: Comparação entre idade e especialidade nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	32
Tabela 5: Tempo de espera para atendimento especializado nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	32
Gráfico 1: Porcentagem de CID-10 por grupos nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	29
Gráfico 2: Frequência do CID-10 por grupos no EESCA na GDGCC, Porto Alegre, 2015.....	30

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1: Mapa de Distritos Sanitários de Porto Alegre, 2015.....	16
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	16
2.2 LOCAL DE ESTUDO.....	16
2.3 POPULAÇÃO ALVO.....	18
2.4 PERÍODO.....	18
2.5 COLETA DE DADOS.....	18
2.6 ANÁLISE E TABULAÇÃO DE DADOS.....	18
2.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	20
3.2 ATENÇÃO BÁSICA.....	21
3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	22
3.4 A FONOAUDIOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
3.5 A FONOAUDIOLOGIA EM PORTO ALEGRE.....	25
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>48</b>
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	48
ANEXO B – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

Para reorganizar a atenção à saúde no Brasil foi criado, na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se constitui por um conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública, atuando em todo o território nacional (BRASIL, 2009).

O sistema de serviços dispostos para o cuidado com a saúde vigente, encontra-se hierarquizado, ou seja, divide-se a partir de níveis de densidade tecnológica para a atenção, de básica, média e alta complexidade. A Unidade de Saúde (US), ainda conhecida como “postinho” corresponde ao primeiro nível de atenção e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se por ser a forma de organização e entrada no Sistema. O segundo nível de atenção é composto, por exemplo, pelo Ambulatório de Especialidades e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), portanto, a média complexidade é composta por serviços que necessitam de profissionais especializados e uso de tecnologias que auxiliem no diagnóstico ou tratamento e o terceiro nível é formado pelos hospitais e centros que correspondem a uma atenção aos agravos principais da saúde que demandam uma alta tecnologia (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

No município de Porto Alegre (POA) o Sistema de Saúde divide-se em Distritos Sanitários (DS) os quais formam as Gerências Distritais (GD). Sob a Coordenadoria de diferentes níveis de atenção em saúde e apoio de áreas técnicas, nos territórios das GDs existem diversos serviços e equipamentos de saúde, os quais constituem a rede de serviços do SUS em POA. O fonoaudiólogo iniciou sua prática no município por meio de concurso em 1996, com o preenchimento das vagas no ano 2000 (DINIZ; BORDIN, 2011; SECRETARIA, 2015). Um novo concurso foi realizado em 2013, com a inserção de seis profissionais até novembro de 2015.

O fonoaudiólogo possui um campo de atuação na saúde pública em expansão a cada dia. Os princípios que permeiam essa atuação são a humanização, acolhimento, vínculo, promoção de saúde e responsabilidade pelo território que atua e pela comunidade que vive (DINIZ; BORDIN, 2011). A atuação deste profissional deve acompanhar as mudanças teórico/metodológicas do campo ao qual está inserido, que participe de processos de execução de políticas públicas de saúde, que definam seu papel e lugar junto à prática em prevenção, promoção e reabilitação em saúde da comunidade de forma reflexiva, responsável, consciente e atuante (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

Entretanto, a maneira como a atuação fonoaudiológica vinha se desenvolvendo não era suficiente para atender às necessidades de saúde da população e a estrutura do sistema de saúde, em meados da década de 90. A organização do processo de trabalho, por meio de atendimentos clínicos e, na maior parte das vezes, individual, contribuiu para a visibilidade de uma grande demanda, geralmente acima da capacidade e oferta de atendimento, que ocasionou longas filas de espera e se reproduziu ao longo dos anos (DINIZ; BORDIN, 2011).

Dentre muitos questionamentos, alguns se tornaram a base para esta pesquisa a partir de uma experiência na ESF Rincão no ano de 2013 durante o estágio em Saúde Coletiva, após a visualização dos casos de encaminhados para otorrinolaringologia, com questões possíveis de intervenção fonoaudiológica, como a auditiva e a vocal: De que forma ocorrem os encaminhamentos ao fonoaudiólogo e otorrinolaringologista? O usuário que necessita de atendimento fica em espera? De quanto tempo é essa espera? Por conseguinte, o conhecimento das necessidades e demanda crescente da população e acesso para o atendimento especializado em fonoaudiologia e otorrinolaringologia se tornaram tema deste estudo para que possam subsidiar a busca de respostas para tais reflexões.

O objetivo deste trabalho é, portanto, caracterizar a demanda para atendimento especializado em fonoaudiologia e otorrinolaringologia, em Unidades de Saúde localizadas no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), do município de Porto Alegre/RS.

## 2 MÉTODO

### 2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo observacional descritivo que busca explicar a relação entre as variáveis observadas e transversal que coleta dados em um momento específico (MERLIN; MERLIN, 2007).

O trabalho seguiu as normas da ABNT para sua formatação e escrita, em formato monografia.

### 2.2 LOCAL DE ESTUDO

A Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC) compreende os Distritos Glória, Cruzeiro e Cristal (figura 1), está localizada no Centro de Saúde Vila dos Comercíarios (CSVC) e possui uma área física de aproximadamente 14.000m<sup>2</sup>. Atende uma população estimada de 160.000 habitantes, além de contar com 25 US (11 Unidades Básicas de Saúde e 14 ESF, com 19 equipes de ESF). Dentre inúmeros especializados disponíveis no Centro de Saúde, localizado na região da Cruzeiro, há um otorrinolaringologista e uma Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente - EESCA.



Figura 1: Mapa de Distritos Sanitários de Porto Alegre, 2015.



Para desenvolver este estudo foram selecionadas para a amostra, por conveniência, duas unidades da região Glória (totalizando três equipes), uma US da Cruzeiro e outra do Cristal (com duas equipes). Além do próprio EESCA, a fim de buscar informações sobre o acesso de crianças a essa especialidade, pois poucas crianças e adolescentes foram identificadas nas US.

A ESF Rincão, localizada no bairro Belém Velho conta com duas equipes de atendimento com médicos de família, residentes, técnicas de enfermagem, enfermeiras, auxiliares de limpeza, agentes de saúde, auxiliar de limpeza e recepcionista. Compreende duas regiões, uma delas distante aproximadamente quatro quilômetros da unidade.

A ESF Nsa Sra do Belém, também localizada no bairro Belém Velho possui uma equipe com médico de família, enfermeira, técnicas de enfermagem, técnicas de saúde bucal, estudantes de odontologia, agentes de saúde, recepcionista e auxiliar de limpeza.

Ambas as unidades encontram-se na periferia de Porto Alegre, distantes aproximadamente 15 quilômetros do CSVC e eram gerenciadas pelo Hospital Divina Providência até o momento da coleta de dados, sendo que todos os profissionais são contratados por essa instituição. Já ocorreram estágios do curso de fonoaudiologia nestas US.

A ESF Nsa Sra das Graças, localizada no bairro Cristal, possui duas equipes, com médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, acadêmicas de enfermagem, porteira e auxiliar de limpeza. Nesta Unidade ocorrem diferentes projetos, disciplinas e estágios da graduação e residência multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS. Uma peculiaridade é que o território está passando por um processo de urbanização e muitos moradores foram deslocados para outras regiões. Assim, a US passa por um processo de redução para uma equipe, em transição no momento da coleta. Nesta unidade já ocorreram vivências do estágio de fonoaudiologia, em ações da atenção primária de saúde, como visitas domiciliares, ações de educação em saúde pelo Programa Saúde na Escola e conversas com a equipe.

A ESF Santa Anita, pertencente à região Cruzeiro é composta por uma equipe e conta com médica de família, residentes, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes de saúde, porteiro e auxiliar de limpeza, também é um dos locais em que alunos da UFRGS realizam a disciplina Práticas Integradas em Saúde, estágios e residência em medicina de família e comunidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A EESCA faz parte dos serviços especializados do CSVC. É composta por uma equipe com médicos pediatra e psiquiatra, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social. Neste serviço

também são desenvolvidas ações pelos estudantes dos cursos de graduação (cursos da saúde) da UFRGS, como o Programa de Educação para o Trabalho (PET) em Saúde, além de estágios curriculares.

### 2.3 POPULAÇÃO ALVO

Foram analisados os documentos de referência e contra referência (ANEXO B) dos usuários das unidades selecionadas, disponíveis durante o período da coleta.

### 2.4 PERÍODO

O período da coleta de dados foi entre os meses de julho e outubro do ano de 2015.

### 2.5 COLETA DE DADOS

A partir da autorização da gerência distrital responsável pelos serviços, os serviços foram contatados e visitados. Após concordância em participar, os documentos de referência e contra referência que continham encaminhamentos às especialidades de fonoaudiologia e otorrinolaringologia foram digitadas em planilha Excel®, para posterior análise. Os dados foram coletados a partir da identificação das variáveis: idade, Código Internacional de Doenças - CID-10, unidade de saúde, sexo, bairro, queixas, profissional e data dos encaminhamentos.

### 2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a conferência da digitação, as variáveis foram tabuladas e as informações descritivas apresentadas por frequência em forma de tabelas e gráficos.

Para a realização da análise dos dados, foram realizadas estatísticas descritivas das unidades de coletas, dos profissionais de referência considerando frequência e porcentagem. Os CID-10 e os agrupamentos dos mesmos foram considerados em sua totalidade e a sua distribuição pelas Unidades de coleta, pela EESCA e suas Unidades e por profissionais de referência. A média (M)

e o desvio padrão (DP) de tempo de espera para atendimento (meses) e idade dos usuários (em anos) foi calculada para as Unidades de coleta, profissionais de referência e grupo de CID-10.

Em adição, o teste de comparação entre proporções (Chi-quadrado) foi realizado para investigar a associação entre Unidade de coleta com os diferentes grupos de CID-10 a fim de investigar se alguma Unidade específica teria uma incidência estatisticamente maior ou menor na frequência dos agrupamentos de CID-10. Para as análises foram utilizados os *software* SPSS 18 e o *software* R.

## 2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, este trabalho foi formulado de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É parte de um projeto mais amplo, denominado Sistematização de Práticas em Fonoaudiologia – SISPRAFONO, já submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), instituição líder do projeto, sob o número 44323515.4.0000.5345.

O consentimento da gerência distrital e da secretaria municipal de saúde foram encaminhados do CEP SMS e foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo a Constituição Federal de 1988, artigo 6º, sessão II – da saúde: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação* (BRASIL, 1988).

A partir da criação e efetivação do SUS fica clara a ideia central de sua proposição, relacionada ao exercício da cidadania: todas as pessoas têm o direito à saúde, ligado à condição de cidadão (SARRETA, 2009). Esta condição supera injustiças históricas ao modificar a realidade nacional - não está vinculada ao pagamento à previdência social, comprovação de poder aquisitivo, caridade ou pobreza. Com base na seguridade social, o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega valores da sociedade, sendo esta solidária e democrática, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégios (PAIM, 2009).

A universalidade, a equidade e a integralidade dizem respeito aos princípios doutrinários do SUS, os quais são baseados nos preceitos constitucionais (BRASIL, 1990). A universalidade refere-se ao acesso a todos os níveis de assistência, sendo um princípio ainda almejado pelo Sistema. Para tal acontecimento é necessário que se elimine barreiras jurídicas, culturais, econômicas e sociais, pois estas separam a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011). A equidade propõe tratar os usuários que utilizam o serviço de acordo com suas necessidades em saúde, garantindo acesso de forma igualitária (GRANJA et al., 2010). A integralidade ocupa-se de ações referentes ao cuidado pleno da saúde do usuário, por meio dos serviços dispostos em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

Além dos princípios doutrinários, o Sistema é regido por princípios de organização, que são: hierarquização, regionalização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos. Os dois primeiros princípios determinam que a organizações dos serviços deva ser estruturada em níveis de multiplicidade tecnológica progressiva, organizados em áreas geograficamente definidas e com população alvo determinada, possibilitando assim solução para seus agravos (BRASIL, 1990).

A resolubilidade caracteriza a atenção que o indivíduo deve ter perante o seu problema de saúde, o serviço deve estar preparado para atender sua demanda, pois se acredita que o local de entrada para o atendimento a saúde desenvolva ações que possibilitem não apenas encaminhamentos e triagens, mas sim soluções, e que promova saúde, bem como a prevenção aos agravos em geral (BRASIL, 1990; NUNES et al., 2012). A descentralização diz respeito ao remanejamento de responsabilidades e competências referentes a ações e os serviços de saúde dentre os níveis do governo. O governo municipal torna-se responsável pelo município, o governo estadual pelos estados ou regiões estaduais e o que for de compreensão nacional fica a cargo do governo federal (BRASIL, 1990).

A participação dos cidadãos é essencial na construção de políticas de saúde e na sua execução. É necessário que este processo faça parte da educação em saúde do usuário e para que o mesmo possa ser constituído como elemento integrante desta ação as instituições responsáveis devem fornecer informação e conhecimento oportuno para o melhor posicionamento da população (BRASIL, 1990; PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

De acordo com os princípios, entende-se que os Serviços devam articular-se da melhor forma possível, desde o nível federal até o local, a fim de solucionar quaisquer comprometimentos que o cidadão venha ter (BRASIL, 1990).

### 3.2 ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE

A Atenção Básica (AB), como porta de entrada do SUS é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, sejam elas no âmbito individual e ou coletivo, que realiza ações de promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, reduzindo assim danos à saúde dos usuários, além de realizar manutenção do bem-estar, tendo em vista o desenvolvimento de uma atenção integral na saúde e autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2012).

A AB no Brasil pretende se desenvolver com um alto grau de descentralização e capilaridade, o mais próximo da vida dos cidadãos. A mesma deve ser o contato prioritário das pessoas, ou seja, o acesso preferencial e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Das funções na RAS a Atenção Básica deve ser resolutiva, identificar necessidades e demandas de saúde e riscos, a qual deve utilizar e articular distintas tecnologias de cuidado

individual e global, por meio de uma clínica ampliada com capacidade de construir vínculos positivos, bem como intervenções clínicas e sanitárias efetivas com vistas à autonomia dos usuários e grupos sociais (BRASIL, 2012).

Com a intenção de reorganizar o modelo assistencial, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família, que posteriormente foi compreendido como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual se baseia em um trabalho com equipes multidisciplinares (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal) em Unidades de Saúde (US), sendo responsáveis por acompanhar um número definido de famílias, localizadas em áreas geograficamente delimitadas, (SANTOS; RIGOTTO, 2011; FARIA, 2013).

Os serviços especializados por sua vez correspondem a práticas clínicas que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos para realização de apoio diagnóstico e terapêutico. Os atendimentos que ocorrem neste nível são realizados a partir de encaminhamentos provenientes da AB, bem como de Redes especializadas (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

### 3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O Sistema de Saúde vigente apresenta-se em níveis de atenção à saúde, o qual desenvolve seu trabalho de acordo com a população, situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde. Este funcionamento ocorre de forma ímpar concebendo a ideia de que um nível é mais importante que o outro, quando na realidade a atenção deve ser compartilhada, possuir comunicação, desenvolver ações conjuntas que beneficiem o usuário e que possuam foco na qualidade de vida (MENDES, 2010a; PORTAL DA SAÚDE, 2015).

O acesso aos níveis de atenção à saúde ocorre pelo primeiro nível e para que se possa conceber a entrada em serviços de maior complexidade é necessário que haja referência. Dessa forma, os serviços estabelecem uma estratégia de comunicação que permite o cuidado integral à saúde do usuário. O Sistema de Referência e Contra-Referência retrata uma forma de organização dos serviços de saúde, a qual viabiliza o acesso aos demais serviços disponibilizados pelo SUS, seguindo os preceitos da hierarquização do mesmo (DIAS, 2012).

Este Sistema é um dos aspectos positivos e importantes da atenção à saúde, pois representa um ponto de articulação entre os níveis de atenção, oferecendo ao usuário uma atenção

continuada e essa ação também constitui o conceito das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010b; DIAS, 2012).

Na América Latina as Redes de Atenção à Saúde são incipientes, existem poucos relatos sobre o tema e a sua prática. No Brasil a temática é considerada recente, entretanto com uma evolução crescente. Há relatos de experiências com a RAS no Ceará, Vitória e Curitiba e todos com relatos positivos quanto à sua aplicação. A utilização das Redes tem o objetivo de reestruturar o delimitado Sistema de Saúde, com interação e articulação entre si (MENDES, 2010a).

É importante compreender que a integração da atenção é essencial para a avaliação dos sistemas de atenção à saúde e serviços. Entretanto, cabe reconhecer que nenhuma organização irá reunir competências e recursos suficientes para solucionar problemas de saúde da população em seu ciclo de vida. Sendo assim tornam-se vitais ações cooperativas e com coordenação própria que façam parte de uma gestão responsável e eficiente que dê suporte as necessidades em saúde individual, sejam elas no âmbito local e ou regional. A “quebra de barreiras” se dará com o acesso a todos meios de atenção, que varia do domiciliar ao hospitalar, entre profissionais especialistas e generalistas (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

De acordo com alguns estudos a integração entre a atenção primária e a especializada permitiu reconhecer pacientes com alto risco de hospitalização, o que acarretou na diminuição dos serviços especializados, demonstrando assim que a integração entre os serviços viabiliza um atendimento eficiente e satisfatório. Além da integração dos serviços, a participação dos profissionais e agentes comunitários produz efeitos significativos para a melhora no atendimento ao usuário e na saúde (MENDES, 2010a).

A organização da RAS pode ser realizada seguindo preceitos da economia de escala, qualidade e acesso, disponibilidade de recursos, integração, território sanitários, processos de substituição e níveis de atenção (MENDES, 2010a).

A economia de escala e a qualidade e acesso aos distintos pontos de atenção à saúde, correspondem à lógica da organização racional da RAS, ou seja, os serviços ofertados de forma dispersa representam aqueles que possuem recursos suficientes e a distância torna-se fator fundamental, ao contrário dos serviços que são concentrados que se beneficiam da economia de escala devido aos recursos escassos e a distância não é um fator decisivo (MENDES, 2010a).

### 3.4 A FONOAUDIOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O profissional Fonoaudiólogo iniciou suas práticas entre as décadas de 1920 e 1940, voltadas à saúde escolar. Durante as décadas de 1950 a 1970 as práticas voltaram-se para os consultórios particulares e reabilitação, concentrando-se em hospitais e ambulatórios de saúde mental. Nesta mesma época criaram-se os primeiros cursos de Fonoaudiologia com enfoque em distúrbios da comunicação e atenção a doença que privilegiavam as ações preventivas. Entretanto, o papel desempenhado pelo profissional não alcançava a realidade da população, o que tornou o atendimento excludente e elitista (PENTEADO; SERVILHA, 2004; MOREIRA, 2009).

Até o início dos anos 2000 a atuação fonoaudiológica foi fortemente influenciada pela história natural da doença e pelo conceito de promoção de saúde da Medicina Preventiva, composto por níveis de prevenção que atuavam no desenvolvimento de ações para o bem estar e saúde no período pré-patogênese (DEMARZO, 2011).

A promoção em saúde e a proteção específica eram termos utilizados para descrever o primeiro nível de prevenção que trabalhavam com a ideia de saúde geral relacionada à nutrição do indivíduo, educação sanitária e desenvolvimento global. O segundo nível visava identificar e tratar com certa rapidez patologias por meio do diagnóstico precoce e o terceiro nível, através da reabilitação, tenta minimizar sequelas (PEREIRA, 1999).

A partir desse modelo, houve mudanças significativas no trabalho de prevenção à saúde. Observou-se que o ambiente em que o indivíduo vive possui papel fundamental na saúde. Propostas que abrangem não apenas a prevenção do agravo, mas sim na promoção de um ambiente e um estilo de vida mais saudáveis foram criadas. Esta ação foi desenvolvida por todos os profissionais da saúde e neste sentido, como parte do trabalho do fonoaudiólogo na saúde pública o mesmo deve desenvolver e proporcionar mudanças e ajustes no cotidiano dos usuários (PENTEADO; SERVILHA, 2004; DEMARZO, 2011).

Desta forma a promoção em saúde pode ser traduzida como um elemento que gera novas perspectivas, ou seja, lança um olhar abrangente e positivo sobre o desenvolvimento humano, com o objetivo de aumentar os recursos da comunidade e a própria saúde, bem como fortalecer e capacitar à coletividade (PENTEADO; SERVILHA, 2004; DEMARZO, 2011).



Neste sentido a atenção primária, desenvolve ações de saúde individuais e/ou coletivas, relacionadas à promoção e prevenção em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvendo assim atenção integral do indivíduo (DIAS, 2013). Seguindo estes preceitos o fonoaudiólogo deve estender seus conhecimentos nas práticas administrativas, ações, planejamento, participar de discussões e demais atividades desenvolvidas no sistema (DIETRICH, 2012).

### 3.5 A FONOAUDIOLOGIA EM PORTO ALEGRE

Porto Alegre é um município brasileiro e a capital do estado do Rio Grande do Sul. Possui cerca de 1.47 milhão de habitantes e sua área é de quase 500 km<sup>2</sup> segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A cidade é considerada a décima região mais populosa do Brasil (INSTITUTO, 2014).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS POA), atualmente, o município de Porto Alegre conta com 17 Distritos Sanitários (DS) agrupados em oito Gerências Distritais (GD). As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS (SECRETARIA, 2015).

Em Porto Alegre, o fonoaudiólogo iniciou suas atividades no serviço público no ano de 1996, com a abertura de 11 vagas, sendo estas preenchidas apenas em 2000. Dos profissionais contratos nove atuavam nas áreas destinadas a fonoterapia e dois na área de audiologia (DINIZ; BORDIN, 2011).

No ano de 2011, os Serviços fonoaudiológicos encontravam-se implantados em quatro Centros de Saúde, ligados às áreas das especialidades, cada um sendo responsável por atender a população de determinada Gerência Distrital ou um conjunto de gerências. A distribuição ocorre de acordo com a proximidade dos Distritos Sanitários para melhor à população que precisa acessar serviços de fonoaudiologia A sistemática do atendimento ocorre de forma distinta em cada Serviço de acordo com as modalidades de atendimento (DINIZ; BORDIN, 2011).

Entre 2013 e 2015 houveram novas contratações para os serviços da atendimento em POA, como EESCA do DS Norte (eixo Baltazar), EESCA do DS Leste/Nordeste, IAPI do DS Humaitá/Navegantes/Ilhas, EESCA e Centro de Reabilitação do DS GCC, EESCA Centro, DS

Lomba do Pinheiro/Partenon, DS Sul/Centro Sul, DS Restinga na área de audiologia e Hospital Materno Infantil Presidente Getúlio Vargas (HMIPV), além de serviços conveniados, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Santa Casa, São Lucas, entre outros (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2015).

A demanda fonoaudiológica encontrada na rede de AB surpreende, seja pela quantidade, alterações fonoaudiológicas, falta de resolubilidade e/ou falta de profissionais para darem conta de tantos casos que ali esperam por alguma ação (PARO; VIANNA; LIMA, 2013).

De acordo com estudos publicados, as maiores demandas encontradas são relativas a alterações de linguagem e fala, em pacientes do sexo masculino com idade média de 10 anos (CÉSAR; MAKSUD, 2007; BARROS; OLIVEIRA, 2010; DINIZ; BORDIN, 2011).

## 4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 217 documentos de referência e contra-referência de usuários com idades entre um mês a 88 anos ( $M= 36,2$ ,  $DP= 25,9$ ). Estes encontram-se distribuídos entre as Unidades de Saúde coletadas, como mostra a tabela 1:

Tabela 1: Distribuição de participantes por Unidade de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.

Unidade de Coleta	N	Porcentagem
ESF RINCÃO	81	37,3%
EESCA/GCC	43	19,8%
ESF NSA SRA DAS GRAÇAS	41	18,8%
ESF NSA SRA DO BELÉM	25	11,5%
ESF STA ANITA	25	11,5%
Omissos	2	0,9%

A Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) por pertencer ao segundo nível de atenção (média complexidade) recebe encaminhamentos de todas as Unidades do distrito. As unidades que apresentaram maior ocorrência para alterações fonoaudiológicas foram o próprio EESCA – encaminhamentos internos de outros núcleos - (20,9%), USF Osmar Freitas (11,6%) e UBS Vila Cruzeiro (9,3%), como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Unidades de Saúde encontradas nos encaminhamentos ao EESCA do GDGCC, Porto Alegre, 2015.

Unidade	N	Porcentagem
EESCA/GCC	9	20,9%
ESF OSMAR FREITAS	5	11,6%
UBS VILA CRUZEIRO	4	9,3%
UBS APARÍCIO BORGES	3	6,9%
ESF STA TEREZA	3	6,9%
USF NSA SRA DA MEDIANEIRA	3	6,9%
UBS CRISTAL	2	4,6%
ESF NSA SRA DAS GRAÇAS	2	4,6%
USF ORFANATRÓFIO	2	4,6%
UBS 1° DE MAIO	1	2,3%
ESF CRUZEIRO DO SUL	1	2,3%
USF GLÓRIA	1	2,3%
ESF GRACILIANO RAMOS	1	2,3%
UBS JARDIM CASCATA	1	2,3%
ESF NSA SRA DO BELÉM	1	2,3%
USF RECREIO DA DIVISA	1	2,3%
ESF STA ANITA	1	2,3%
USF VILA DOS COMERCIÁRIOS	1	2,3%
UBS VILA GAÚCHA	1	2,3%
Total	43	100%

As idades dos participantes foram analisadas por Unidade e a ESF Nsa Sra do Belém possui a maior média de idade (M=49,0) seguida pela ESF Nsa Sra das Graças (M=46,5), ESF Rincão (M=42,8) e a ESF Santa Anita, que possui a menor média (M=39,9), os quatro (4) locais juntos possuem (M=44,2).

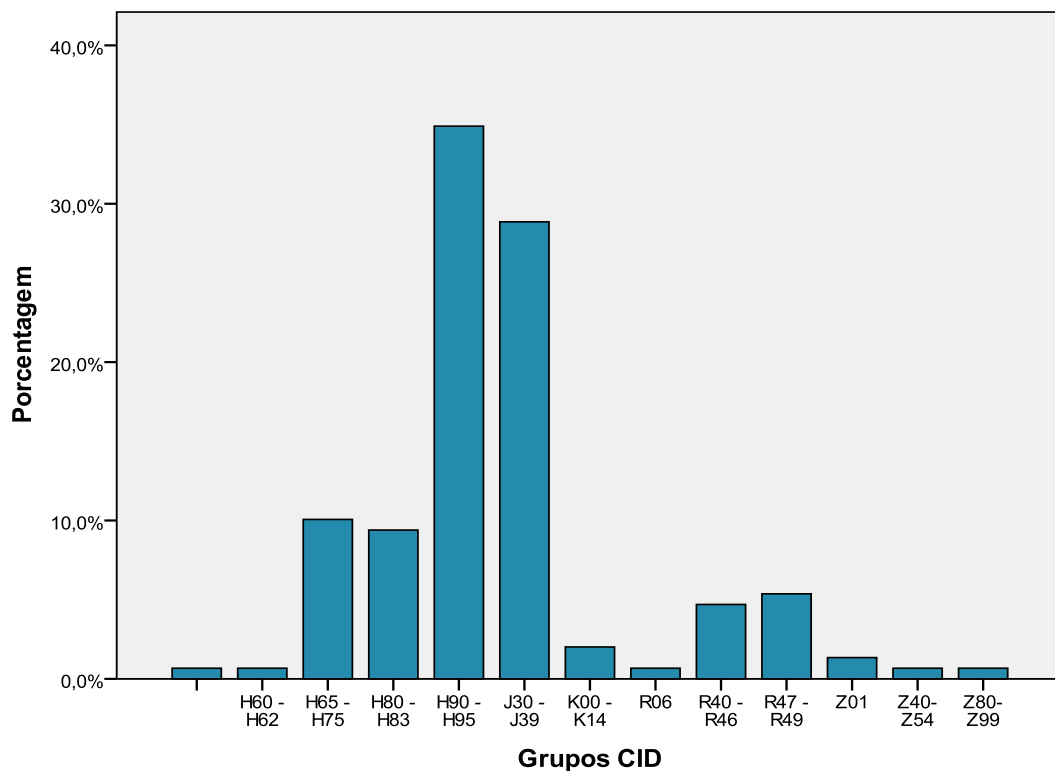
As faixas etárias dos usuários, entre as quatro Unidades, são diversificadas (mínima=2,8 e máxima=89,1). O local com maior amplitude foi a ESF Rincão com mínima=3,2 e máxima=89,1 e variação de 85,9 anos.

Nos documentos de referências e contra-referência o Código Internacional de Doenças (CID-10) é uma importante informação, a qual padroniza e classifica os sintomas apresentados pelo paciente (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Devido ao grande número encontrado optou-se por agrupá-los de acordo com a patologia, analisando, inicialmente, as quatro (4) Unidades sem a

participação do EESCA. Importante ressaltar que em uma única classificação existem diversos grupos para designar o local específico do acometimento.

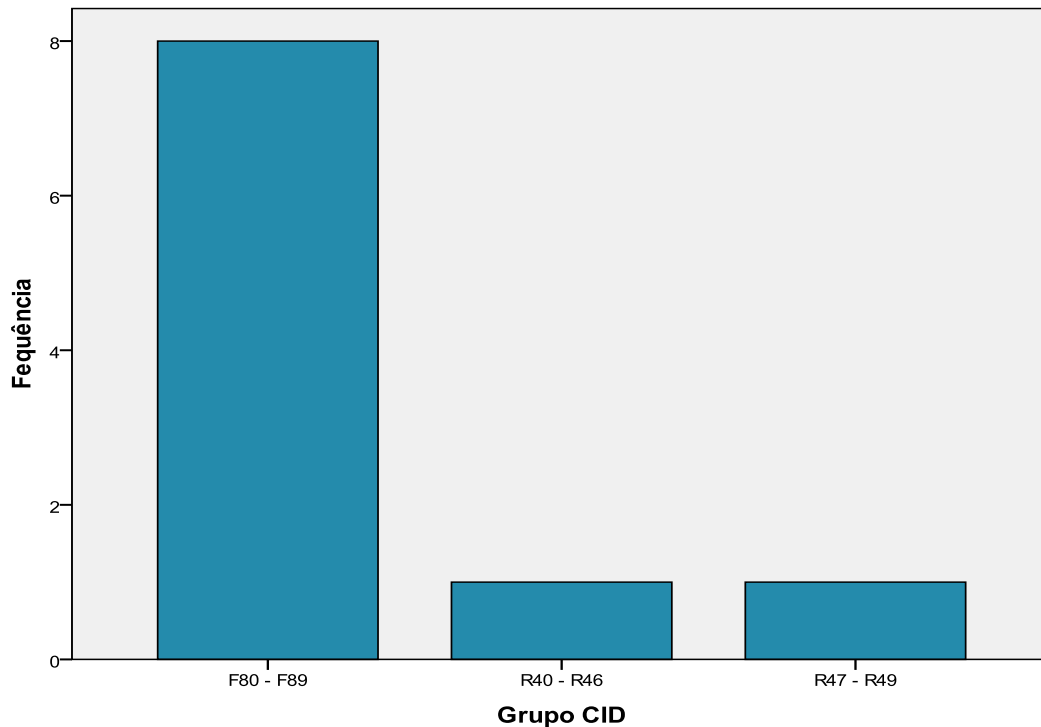
Os códigos de maior ocorrência foram àqueles utilizados para designar problemas auditivos, como H60-H95 e as de doenças de vias áreas superiores, J30-J39. A Unidade que apresentou maior ocorrência de ambas as classificações foi o Rincão, que possui uma frequência de 19 (26,4%) casos para o CID H90-95 e 29 (67,4%) casos para o CID J30-39. O gráfico 1 mostra a porcentagem em que os grupos de CID-10 aparecem, sem a EESCA.

Gráfico 1: Porcentagem de CID-10 por grupos nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto alegre, 2015.



A EESCA apresentou um menor número de CID-10, e isso se deve ao fato de que em seus encaminhamentos não constava tal informação (34 omissos). A maior frequência da classificação encontrada (80%) foi registrada pelo Código F80, que caracteriza os distúrbios da fala e linguagem. O gráfico 2 mostra a frequência dos Códigos.

Gráfico 2: Frequência do CID-10 por grupos no EESCA na GDGCC, Porto Alegre, 2015



A variável tempo foi analisada em meses em cada Unidade entre a data da coleta e a data de encaminhamento para o especialista otorrinolaringologista. Para o EESCA a análise considerou o tempo entre data de encaminhamento e a data da triagem, pois os usuários já estão em tratamento com a fonoaudióloga do local.

A média de tempo de espera para atendimento na ESF Rincão foi de 7,3 meses, na ESF Nsa Sra do Belém localizada no mesmo bairro 7,9 meses, a ESF Nsa Sra das Graças localizada no bairro Cristal 11,5 meses e a ESF Sta Anita localizada na região da Cruzeiro foi de 15,0 meses. Análises inferenciais não detectaram diferenças significativas entre tempo de espera nas diferentes unidades (Kruskal-Wallis  $\chi^2(3) = 6.4419$ ,  $p > 0,05$ ). Importante ressaltar que o acesso se encontra informatizado e se dá por meio de uma central de vagas, com regulação da SMS.

No EESCA a média de tempo foi de 3,4 meses, levando-se em consideração que este local atende todo o distrito GCC, inclusive os locais de coleta. No entanto, os usuários acessam pelo matriciamento/interconsulta, que ocorre quinzenalmente.

No cruzamento entre as variáveis idade e CID-10 a maior média de idade foi no CID-10 H80-H83 (Doenças de ouvido interno) (M=59) (tabela 2).

Tabela 3: Comparação entre idade e CID-10 nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.

Grupo CID	Idades por CID		
	Média Idades	N	Desvio-Padrão
F80-F89	4,98	8	2,85
H60-H62	21,13	1	-
H65-H75	24,08	15	14,49
H80-H83	58,96	12	20,83
H90-H95	57,64	51	19,35
J30-J39	32,53	39	20,81
K00-K14	37,23	2	5,78
R06	19,18	1	-
R40-R46	46,38	8	22,69
R47-R49	44,33	9	24,78
Z01	70,52	2	18,39
Z40-Z54	42,93	1	-
Z80-Z99	78,17	1	-
<b>Total</b>	<b>43,09</b>	<b>150</b>	<b>24,71</b>

Legenda: F80-F89: Transtorno do desenvolvimento psicológico. H60-H62: Doença do ouvido externo. H65-H75: Doença do ouvido médio e da mastoide. H80-H83: Doença do ouvido interno. H90-H95: Outros transtornos do ouvido. J30-J39: Outras doenças de vias áreas superiores. K00-K14: Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares. R06: Anormalidades da respiração. R40-R46: Sinais e sintomas relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento. R47-R49: Sinais e sintomas relativos à fala e à voz. Z01: Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado. Z40-Z54: Pessoas com risco potenciais à saúde para procedimentos e cuidados específicos. Z80-Z99: Pessoas com risco potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde.

Quanto às especialidades que constavam nos documentos de referência e contra referência em relação à idade, a especialidade ORL (otorrinolaringologista) teve a maior média  $M=46,69$ , seguida da FONO (fonoaudiologia) e casos com indicação para a especialidade ORL, porém, com condutas específicas, de acordo com o profissional que avaliou o caso, com necessidade de cirurgia, pediatria e hospitalar.

Tabela 4: Comparação entre idade e especialidade nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.

Especialidade	Idades por Especialidade		
	Médias Idades	N	Desvio-Padrão
FONO	4,4	46	3,0
ORL	46,6	157	21,6
ORL Hospitalar	5,0	1	.
ORL Pediátrica	5,2	2	3,0
ORL/ cirurgia	9,3	1	.
ORL/Cirurgia	5,1	3	3,4
Total	36,0	210	26,2

O tempo de espera para atendimento da especialidade ORL teve  $M=9,4$  e a ORL hospitalar  $M=21,2$  (tabela 4).

Tabela 5: Tempo de espera para atendimento especializado nas Unidades de coleta na GDGCC, Porto Alegre, 2015.

Especialidade	Tempo de Espera		
	Tempo médio espera	N	Desvio-Padrão
FONO	3,0	16	4,9
ORL	9,4	62	9,2
ORL Hospitalar	21,1	1	.
ORL/ cirurgia	1,3	1	.
ORL/Cirurgia	2,0	1	.
Total	8,1	81	8,9

O cruzamento entre tempo de espera e idade foi investigado por meio da correlação de Pearson. Não foram encontradas correlações significativas ( $r= 0,11$ ,  $p>0,05$ ).



## 5 DISCUSSÃO

O SUS garante que o usuário tenha acesso aos serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Segundo as políticas de saúde vigentes, este ingresso deverá ocorrer pela AB/Atenção primária, a qual deve atender uma população adstrita, além de ser capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde e, caso não sejam resolvidos devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade tecnológica. Para haver resolutividade na AB fatores como estrutura física, gestão, capacitação de profissionais, entre outros devem ser levadas em consideração (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

A porta de entrada do SUS passou por mudanças de gestão, nomenclatura, profissionais e formas de atendimento ao longo dos anos, desde sua criação até hoje. O modelo assistencial atual é o da ESF, que corresponde a uma estratégia de expansão qualificada e que consolida a AB para favorecer e reorientar o processo de trabalho com maior potencial e que esteja de acordo com os princípios, diretrizes e fundamentação da AB, que possa ampliar a resolutividade e que promova um impacto positivo na vida dos usuários (NORMAN; TESSER, 2015; PORTAL DA SAÚDE, 2015).

A operacionalização da ESF deve focar na assistência à população, ou seja, em tecnologias capazes de suprir a necessidade dos usuários. A equipe é interdisciplinar e multiprofissional criando-se assim vínculo com famílias e usuários. Os profissionais atuantes na Estratégia devem ser generalistas diferentemente de ações intervencionista realizadas por alguns profissionais. (FIGUEIREDO, 2011).

Neste sentido, os resultados do estudo mostram que existe um número superior de encaminhamentos ao profissional otorrinolaringologista na ESF Rincão quando comparada as demais Estratégias, inclusive, sua demanda é o dobro da ESF Nsa Sra do Belém, a qual se localiza a 2,1km da mesma. O modelo de atendimento é o mesmo descrito anteriormente, sendo assim entende-se que os profissionais estejam aptos para atender e orientar da melhor forma possível, contudo o que poderia explicar tamanha demanda surge a partir de hipóteses pensadas em três pontos importantes: localização, maior número de profissionais e população assistida.

A ESF Rincão conta com duas (2) equipes de atendimento, seu território adstrito pertence ao bairro Belém Velho e os médicos de família que fazem parte das equipes estão em constante rotatividade, proporcionando olhares diferenciados quanto às queixas.

A demanda da população pode ser caracterizada como necessidades que refletem o funcionamento do local em que a Unidade está inserida, como por exemplo, drogas e álcool, violência, velhice, saúde mental, localização, maior número de profissionais e população assistida (KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Os locais em que as Unidades coletadas estão inseridas correspondem, atualmente, a uma região de maior violência e vulnerabilidade social na cidade de Porto Alegre, o distrito GCC.

A localização é um fator importante e que pode limitar o acesso aos serviços de saúde. O acesso possui duas dimensões: sócio-organizacional e espacial. A acessibilidade aos serviços de saúde está relacionada a estruturas de transporte, distância de deslocamento e demandas diferenciadas por tipo de atendimento ofertado, que deve reaver questões como organização (recursos), fluxo, qualidade e resolutividade no atendimento (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO 2003; RAMOS; FERREIRA; MATTOS, 2011).

O maior número de encaminhamentos foi encontrado na ESF Rincão (N=81), seguido da ESF Nsa Sra das Graças (N=41) e EESCA (N=43). Este fator está ligado a entraves na integralidade do atendimento do usuário, como número de profissionais, demanda crescente e acesso a serviços de maior complexidade (PINTO et al., 2012).

A demanda observada nos locais diz respeito aos encaminhamentos feitos a dois profissionais que são considerados especialistas e que dessa forma fazem parte da atenção secundária. Os encaminhamentos ao ORL são realizados exclusivamente pelo médico de família da Unidade por uma central de vagas regularizada pela SMS POA, já os encaminhamentos para o EESCA são realizados por meio do matriciamento, que é um suporte técnico especializado para ampliar e qualificar as ações referentes aos casos da Unidade (BRASIL, 2011).

O matriciamento se tornou um importante dispositivo para a discussão de casos, pois é o momento em que profissionais das equipes das ESF junto aos matriciadores discutem sobre os casos. Nos locais de coleta, este momento se tornou importante para falar sobre casos atendidos pelas equipes/profissionais a fim de proporcionar uma melhor resolutividade para o usuário em questão, pois nesses locais não há profissionais especializados como o ORL e o fonoaudiólogo. Os pacientes com alterações fonoaudiológicas são discutidos e encaminhados a EESCA do distrito e são atendidos pela fonoaudióloga do local.

Os casos que caracterizaram a amostra das Unidades são referentes à perda auditiva e doenças de vias aéreas superiores em pacientes com uma média de idade de 44,2 anos, sendo

estes encaminhados ao otorrinolaringologista. Na EESCA os casos correspondem aos transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, com uma média de idade de 4,25 anos tendo encaminhamento para o fonoaudiólogo.

Os achados das médias de idades relacionados às comorbidades citadas, em consonância com a literatura, demonstram que a perda auditiva pode ocorrer antes dos 60 anos, idade de corte para ser considerado idoso, desta forma tanto para homens quanto para mulheres a perda auditiva tem início a partir dos 30 anos (TEIXEIRA et al., 2008; OLIVEIRA et al, 2014). Questões relacionadas a doenças de vias áreas superiores, tais como rinite, sinusite, asma, entre outras, de acordo com estudos, podem ser desencadeadas a partir de fatores ambientais, ocupacionais e químicos, sem haver idade pré-definida para sua ocorrência, sendo comum sua aparição na prática clínica (DUCHIADE, 1992; BAGATIN; COSTA, 2006; SOUSA et al., 2012).

O atraso na fala e na linguagem constituem umas das doenças mais predominantes na infância, em sua maioria é percebida por pais ou cuidadores, a idade considerada como a de prevalência dos distúrbios da comunicação ocorre entre 3 a 8 anos, sendo vista como idade crítica entre os 4 a 6 anos de idade (PRATES; MARTINS, 2011). Estudos trazem o perfil fonoaudiológico de pacientes atendimentos em serviços públicos e ambulatórios e nos mesmo a alteração de linguagem é predominante e o encaminhamento feito ao fonoaudiólogo ocorre por diversos profissionais (CÉSAR; MAKSUD, 2007; COSTA; SOUZA, 2009; BARROS; OLIVEIRA, 2010; DINIZ; BORDIN, 2011; PINTO et al., 2013).

As alterações foram identificadas nos documentos de referência e contra referência, fazendo-se uso do Código Internacional de Doenças (CID-10). Os profissionais a quem foram encaminhados são responsáveis pela identificação e conhecimento do Código. As fichas servem como comunicação entre os locais de atendimento e devem conter o maior número de informações possíveis dos usuários, a fim de garantir assistência especializada, qualificar a prestação de serviços, organizar o fluxo de pacientes na rede de saúde com o propósito de contribuir para melhoria de gerenciamento e controle das ações em saúde (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; DIAS, 2012).

Entretanto observou-se que em diversas fichas faltavam informações relevantes sobre os casos, como o CID-10, a queixa descritiva, nome do profissional que realizou o encaminhamento além de dados para a identificação do paciente. A capacitação do profissional que atuará na Estratégia deve reaver questões não apenas de caráter específico de cada profissional, mas de

gestão, funcionamento do local de trabalho e do SUS para que ocorra melhor atuação dos servidores para comunidade e melhor funcionamento do Sistema (FIGUEIREDO, 2011).

Os encaminhamentos feitos para a EESCA eram destinados ao profissional fonoaudiólogo sendo assim por se tratar de um serviço de média complexidade recebe encaminhamentos diversos de Unidades distintas do GDGCC (tabela 2) por meio dos documentos de referência e contra referência. Durante a coleta observou-se um grande número de casos sem o CID-10, sendo estes considerados omissos (34). Entende-se que a classificação de patologias seja um mecanismo pertencente à lógica de trabalho do SUS e que todos os profissionais estejam atentos a ele, porém a não utilização desta ferramenta demonstra uma falta de concordância entre a teoria prevista no Sistema e a prática dos profissionais. A aceitação de documentos sem informações completas confirma que há uma falha no sistema de comunicação entre os locais de atendimento e na qualificação tanto no primeiro nível de atenção quanto no segundo (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Outro fator analisado foi o tempo de espera dos pacientes entre a marcação da consulta especializada e a data de coleta. Os usuários estão retidos na Unidade, aguardando atendimento, em uma fila de espera. A fila de espera pode ser descrita como um momento em que usuários necessitam de um mesmo tipo de intervenção/atendimento em que a demanda é maior que a oferta, sendo este é um dos pontos de maior insatisfação, do usuário para com o Serviço Público de Saúde (JUNIOR; TOMITA; KOS, 2005; MOIMAZ et al., 2010).

A análise estatística mostra que a maior média de espera de tempo foi encontrada na ESF Sta Anita ( $M=15,0$ ) a qual possui o menor número de encaminhamentos ( $n=25$ ) e a de menor média foi na ESF Rincão ( $M=7,3$ ), unidade que possui o maior número de encaminhamentos ( $n=81$ ). Uma hipótese viável para responder inusitado resultado é de que por, justamente, possuir uma grande demanda para este profissional a fila de espera torna esse o local com maior número de usuários pertencentes à área de cobertura da Unidade, sendo estes atendidos primeiramente. A literatura traz que o atendimento ocorre por ordem de chegada, cada encaminhamento recebe uma posição na fila, desta forma os encaminhamentos de outros locais acabam por ficar no final aguardando seu atendimento. Outro ponto justificável é a falta de profissionais especializados que deem conta de tamanha necessidade populacional (JUNIOR; KOS, 2005).

O acesso a estes serviços está intrinsecamente associado ao tempo de tempo de espera, pois é importante que o usuário esteja atento a informações da sua Unidade de referência, como o

horário de funcionamento, como ocorre à marcação de consultas/consultas especializadas, se há lista de espera, encaminhamentos realizados por meio do sistema de referência e contra referência, entre outras (CUNHA; SILVA, 2010).

A oferta de serviços também é um fator que influencia no acesso à saúde como um todo. A oferta de serviços associada à demanda da população e a dificuldades de uma melhor escuta por parte dos profissionais repercute no acesso e em ineficiência do sistema. A oferta diz respeito à produção de saúde, associação contextual entre rede física e tecnologias disponíveis para o atendimento aos usuários (PIRES et al., 2010). Segundo a literatura, práticas de atendimento por livre demanda são importantes para sua organização, contudo, se associadas aos agendamentos de consultas filas de esperas e o fluxo de pacientes seriam reduzidos (ROESE; GERHARDT, 2008; MOIMAZ et al., 2010)

As ações em saúde sejam elas no âmbito profissional – formação-, gestão, qualificação, participação, políticas, inserção social entre outras devem estar sempre em consonância com a realidade da demanda. A população, assim como os profissionais que fazem saúde, necessitam compreender a posição que ocupam neste complexo sistema. A educação permanente em saúde é um modo de trabalhar acesso, qualidade de atendimento e resolutividade. A formação de profissionais deve estar de acordo com o modelo de atendimento do SUS, pois o trabalho agrega saber científico àquele que sai do meio teórico para o prático, potencializando suas ações (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007; SARRETA, 2009).

Pensando na formação dos futuros profissionais da saúde, neste ano foi criada a portaria interministerial de número 1.124, de 4 de agosto: “*Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. A adoção do COAPES garantira uma série de benefícios, tanto para os estados e municípios, quanto para as instituições de ensino e seus alunos. A rede de saúde se beneficiará com a inserção multiprofissional dos estudantes e residentes, além de contribuir para a formação dos trabalhadores do município, qualificando-os para as demandas do SUS e contribuindo para o seu aperfeiçoamento (BRASIL, 2015; MAIS MÉDICOS, 2015).

Entretanto, a realidade é que ainda faltam profissionais qualificados no Sistema e esse é um dos reflexos da falta de educação, gerando assim insatisfação e agravos de problemas, pois

com a demora de agendamentos, de acordo com o agravo do paciente este pode ser potencializado (SARRETA, 2009).

Pacientes com questões auditivas, por exemplo, número de maior expressividade encontrado nos resultados, podem ter prejuízos enormes se não atendidos em tempo adequado. A privação auditiva gera prejuízos sociais, familiares e emocionais, além de prejudicar a detecção de sons de alta frequência (agudo) e na compreensão da fala (ARAÚJO; IÓRIO, 2014). A forma como a população que sofre com as queixas auditivas é atendida está gerando um alerta importante, pois se sabe que a expectativa de vida está maior e a proporção de idosos na sociedade tem crescido rapidamente e os cuidados com a saúde devem ser ampliados (CAMACHO; COELHO, 2010).

O aparelho de amplificação sonora ou prótese auditiva, dentre outras opções de tratamento, é o meio que promove a melhora na função auditiva e qualidade de vida dos idosos. Com a finalidade de atender a população com deficiência auditiva, em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Auditiva (PNASA) - Portaria MS nº 2.073, de 2004 – buscando garantir não apenas o diagnóstico e a reabilitação auditiva, mas a promoção e a proteção, além do atendimento fonoaudiológico a crianças e adultos (SOUZA, 2011; SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014).

A promoção em saúde é um ponto relevante para os agravos em saúde, pois são medidas que não enfocam apenas na patologia, mas sim na transformação de condição de vida aumentando o bem estar geral (FARIAS; ROCHA, 2013). As doenças de vias aéreas superiores são caracterizadas como um dos agravos que geram um grande número de internações no Brasil, crianças e adolescentes são o mais afetados e sua prevalência, embora não valorizada pode estar associada a problemas mais graves, como apneia do sono, asma e infecções respiratórias recorrentes. É necessário que se lance um olhar a questões respiratórias, assim como as questões de saúde do idoso para que se produza efeito positivo na vida dos pacientes (SOUSA et al., 2012).

Todos os recursos dispostos devem ser utilizados a fim de provocar resultados satisfatórios na população e na sistemática de atendimento. Parcerias entre Distritos Sanitários e Universidades, por exemplo, podem auxiliar na educação dos futuros profissionais da saúde, além de proporcionar vivências no Sistema Único de Saúde. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul possui vínculo com o distrito GCC, disciplinas e estágios curriculares são modalidades que

ocorrem neste local, contudo é necessário que não apenas o distrito possa apoiar a educação, mas que em troca a Universidade possa ajudar em ações que beneficiem a população.

Uma sugestão encontrada, diante de tamanha demanda é a realização de exames audiológicos em pacientes que apresentem queixas auditivas, pois se sabe que os usuários ao chegarem ao especialista podem perder seu atendimento por não terem um exame atual que comprove sua alteração. A condição para a realização do exame é que na Unidade de origem se façam exames físicos como meatoscopia, seguida de retirada de cera sejam realizados.

A ideia não é servir como serviço exclusivo deste distrito, mas que se possa retribuir de forma prática à vivência e a educação que é exposta a comunidade acadêmica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a demanda para os encaminhamentos para os profissionais otorrinolaringologista e fonoaudiólogo ocorrem, bem como a maneira como o usuário acessa o atendimento para estes especialistas em quatro Estratégias de Saúde da Família e em uma Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. A avaliação da demanda a partir de documentos de referência e contra referências dos locais coletados permitiu conhecer o sistema que comunica os distintos níveis de atenção, as dificuldades que este sistema possui e a quanto afeta os usuários.

Foi possível identificar o tempo de espera que o usuário leva para acessar os serviços especializados de fonoaudiologia e ORL, além de entender que este tempo está relacionado à fila de espera em que o paciente se encontra no Sistema. Entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a realidade das Unidades proporcionou a discussão para melhorias futuras.

Foi possível, ainda, identificar quais são as maiores demandas nos locais de coleta para as duas especialidades em questão. Estas se referem a questões auditivas e a respiratórias. Faz-se necessário, portanto, repensar em meios que possibilitem uma análise qualificada da demanda, no sentido da regulação das vagas e de intervenção preventiva e de promoção de saúde para minimizar os efeitos das alterações encontradas e da espera para o tratamento. Há que se identificar também possibilidade de melhorias no atendimento, acesso e atualização dos profissionais quanto aos recursos utilizados na comunicação entre os níveis de atenção. O papel da fonoaudiologia nos serviços de saúde é imprescindível, a demanda é crescente e o seu conhecimento é importante para se pensar em formas de ajudar a população, bem como a contratação de novos profissionais. Percebe-se a parceria da universidade como uma estratégia relevante, mas enfatiza-se a importância de ações de educação permanente em saúde para a qualificação dos serviços e profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde.

Durante a construção desta pesquisa encontraram-se dificuldades, como acesso ao local de coleta. Por se tratar de regiões onde houve um aumento das situações de violência ao longo do ano de 2015, em alguns momentos a ida a Unidade teve de ser cancelada por estar havendo confronto entre policiais e moradores das comunidades no entorno, o que gerou insegurança e preocupação em relação aos trabalhadores e população residente.



Compreende-se que, por se tratar de pessoas, os dados devem ser mantidos em sigilo e que o local de coleta torna-se responsável pelo fornecimento dos dados. Contudo, para que se possa contribuir com a fonoaudiologia na área da saúde pública estudos devem ser realizados e a investigação e coleta devem estar presentes.

A demanda avaliada representou apenas duas especialidades (fonoaudiologia infantil e otorrinolaringologia) e um único DS. A especialidade de Neurologia, por exemplo, é uma outra demanda a ser avaliada, pois o número de especialistas também é reduzido e a demanda neurológica é extensa e acomete grande parcela da população. Além disso, muitas intercorrências são passíveis de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e benefícios comprovados diante da intervenção imediata.

Desta forma sugere-se que novas pesquisas sejam feitas. O caminho da inserção da profissão no SUS é extenso e deve-se sempre buscar a valorização e aperfeiçoamento, pois antes de ser fonoaudiólogo se é profissional da saúde e para tal o conhecimento e a busca por melhorias necessitam estar atreladas a atuação.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. M, IÓRIO, M. C. M. Perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público. **Audiol Commun Res.**, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2014.
- ASSIS, M. M. A, VILLA, T. C. S, NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- BARROS, P. M. L, OLIVEIRA, P. N. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.12, n. 1, p. 128-133, jan./fev., 2010 .
- BAGATIN, E., COSTA, E. A. Doenças das vias aéreas superiores. **J Bras Pneumol**. V. 32, n. 1, p.S17-S26, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde**. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília – DF, 1990.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília - DF, Senado, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria/Executiva**. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município, garantindo saúde para todos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF 2009.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 236 p. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial. Brasília – DF, 2015.
- CAMACHO, A. C. L. F., COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar./abr., 2010.

CÉSAR, A. M, MAKSUD, S. S. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de ribeirão das neves – MG. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 133-8, jan./mar., 2007.

CHAGAS, H. M. A, VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc**, São Paulo, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

COSTA, R. G, SOUZA, L. B. R. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v.8, n.1, p.53-59, jan./abr., 2009.

CUNHA, A. B. O, SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-737, abr, 2010.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. In: **Especialização em Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 2011.

DIAS, E. C, SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.38, n. 127, p. 31-43, 2013.

DIAS, V. A. **Referência e Contra-Referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. 2012. 38f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2012.

DIETRICH, D. **O serviço de Fonoaudiologia no município de Sapiranga/RS**. 2012. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em gestão em saúde) – Escola de administração UAB/ CAPES., Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2012.

DINIZ, R. D, BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 126-31, 2011.

DI NUBILA, H. B. V, BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol**, n. 11, v. 2, p.324-35, 2008.

DUCHIADE, M. P. Poluição do Ar e Doenças Respiratórias: Uma Revisão. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 311-330, jul./set.,1992.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun, 2013.

FARIAS, N. B. B, ROCHA, C. M. F. Promoção e comunicação em saúde: vivências e confidências. In: FERLA, A. A, ROCHA, C. M. F. **Cadernos da Fazeres em Saúde Coletiva**:

**Experiências e reflexões de jovens sanitарistas.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3).

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Gestão. In **Especialização em Saúde da Família Modalidade à distância. Módulo Político Gestor.** UNIFESP, UNA-SUS, 2011.

GRANJA, G. F et al. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Rev. Baiana de Saúde Pública, Bahia**, v. 34, n. 1, p. 72-86, jan./mar. 2010.

HARTZ, Z. M. de A, CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: IBGE, 2014.

JUNIOR, K. M. A. S, TOMITA, S, KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**, v. 71, n. 3 p. 256-262, maio/junho, 2005.

KANNO, N. P, BELLODI, P. L, TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012

LIMA, A. S, FELICIANO, K. V. O, KOVACS, M. H. Acessibilidade à atenção fonoaudiológica em serviço de média complexidade. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 461-474, mar./abr, 2015.

MAIS MÉDICOS. Mais médicos. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/noticias/149-coapes-podera-beneficiar-mais-1-milhao-de-estudantes-da-area-da-saude>. Acessado em: 25/11/2015

MARQUES, J. B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (psf): uma atualização da literatura. **Rev. Baiana de Saúde Pública, Bahia**, v. 31, n. 2, p. 246-255, jul./dez. 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERLIN, I. A. S.; MERLIN, M. S. Composição de um trabalho de conclusão de curso (TCC). In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativas e qualitativas.** (Org.). Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 2007. p. 38-48.

- MOIMAZ, S. A. S., et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.
- MOREIRA, M. D, MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 516-521, jul./set. 2009.
- NORMAN, A. H., TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015.
- NUNES, A. A et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 27-32, 2012.
- OLIVEIRA, I. S., et al. Audição em adultos e idosos: associação com sexo, idade e cognição. **Rev. CEFAC.**, v. 16, n. 5, p.1463-1470, set./out., 2014.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PARO, C. A.; VIANNA, N. G.; LIMA, M. C. M. P. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 1316-1324, set./out. 2013.
- PENTEADO, R. Z, SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Rev. Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abril. 2004.
- PEREIRA, M. T. J. G. Fonoaudiologia: uma vivência em saúde pública. (Org.).**Centro de especialização em fonoaudiologia clínica**. São Paulo, 1999. Cap. 2. 2.3, p. 12 – 14.
- PINAFO, E, NUNES, E. F. P. A, GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, 2012.
- PINTO, A. G. A et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.
- PINTO, L. K et al. Perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da prefeitura municipal de Franca/SP. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 391-401, mar./abr., 2013.
- PIRES, M. R. G. M, et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1p.1009-1019, 2010.

PORTAL DA SAÚDE. Elementos constitutivos da rede de Atenção à Saúde. **Brasília:** DF, 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php). Acessado em: 25/11/2015.

PRATES, L. P. C. S., MARTINS, V. O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. S54-S60, 2011.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Concursos. Porto Alegre, 2015. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/concursos/default.php?reg=68&p\\_secao=19](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/concursos/default.php?reg=68&p_secao=19). Acessado em 26/11/2015.

RAMOS, J. A .S, FERREIRA, C. E. G, MATTOS, H. J. Análise Espacial de Acesso aos Serviços de Saúde das Unidades de Atendimento aos Adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Anais XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR**, Curitiba, PR, Brasil, 30 de abril a 05 de maio de 2011, INPE p.8390

ROESE, A, GERHASRDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços em saúde: mobilidade dos usuários de médica complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 221-9, jun., 2008.

SANTOS, A. L., RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, Nov./fev.,2011.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SECRETARIA Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Estrutura**, Porto Alegre. SMS POA, 2015.

SILVA, L. M. V, FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar, 1994.

SILVA, L. S. G, GONÇALVES, C. G. O, SOARES, V. M. N. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. **CoDAS**, v. 26, n. 3, p. 241-7, 2014.

SILVA, J. A. M., OGATA, M. N., MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.** v. 9, n. 2, p. 389-01, 2007. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acessado em: 24/11/2015.

SPEDO, S.M, PINTO, N. R. S, TANAKA, O, Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SOUSA, C. A., et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.16-25, 2012.

SOUZA, A. P. R et al. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 140-151, jan./fev. 2011.

SOUZA, K. A. **Saúde auditiva: conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família de Porto Alegre**. 2011. 25f. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) Associação Hospital Moinhos de Vento Instituição de ensino e pesquisa. Porto Alegre, 2011.

TEIXEIRA, A. R., et al. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 13, n. 4, p. 357-61, 2008.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho, 2011.

**ANEXO****ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA**

## TERMO DE ANUÊNCIA

A Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, manifesta interesse na proposta de projeto de pesquisa “Sistematização das Práticas Fonoaudiológicas – SISPRAFONO”, orientado pelas professoras Andrea Wander Bonamigo, Roberta Alvarenga Reis e Fabiana de Oliveira.

Declaro ter conhecimento dos objetivos deste projeto, das ações a serem desenvolvidas e público-alvo.

O mesmo será apresentado ao Conselho Distrital de Saúde da referida gerência e para o Comitê Gestor da Integração Ensino-Serviço.

Porto Alegre, fevereiro de 2015

Danielle Cerqueira Stein  
Gerente Distrital de Saúde  
Glória/Cruzeiro/Cristal

Danielle Cerqueira Stein  
T.O. CREMTO 2684  
Mestr. Jéssica B.  
Gerente Distrital  
GD GCC - SMS - PMPA



