

ACESSIBILIDADE À ATENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM SERVIÇO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Accessibility to speech therapy care in service of mean complexity

Angela Siqueira Lima ⁽¹⁾, Katia Virginia de Oliveira Feliciano ⁽²⁾, Maria Helena Kovacs ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: avaliar a acessibilidade ao fonoaudiólogo em serviço de média complexidade do Recife. **Métodos:** estudo avaliativo com triangulação de fontes de informação, realizado de fevereiro a outubro/2011. Participaram 38 menores de dez anos de idade, o fonoaudiólogo e dois funcionários do Serviço de Arquivo Médico (SAME). Utilizaram-se três questionários (acompanhantes das crianças, profissional e funcionários) elaborados com base no referencial de Donabedian. As crianças foram comparadas segundo cadastramento em Unidade de Saúde da Família, usando qui-quadrado e teste exato de Fisher. **Resultados:** o profissional atendia três vezes por semana, durante um turno. O SAME entre janeiro e outubro/2011 ofereceu 17 vagas à população do distrito, ocorrendo sistemático rechaço de demanda, conforme profissional e funcionários. Das crianças, 73,7% eram meninos, 73,7% com 5-9 anos, sendo 94,7% diagnosticadas na policlínica. Para primeira consulta, 89,5% vieram encaminhadas por médico; 76,3% com agendamento no SAME, 63,9% chegaram de madrugada para aprazar (mediana do tempo de espera foi de 4h30min); 83,3% marcaram na primeira tentativa, 22,2% encontraram dificuldade e 76,3% esperaram até 15 dias pelo atendimento. Observou-se tendência de maior dificuldade na marcação das cadastradas ($p=0,069$), provocando mais insatisfação. O fonoaudiólogo aprazava retorno. Para 68,4% acessibilidade geográfica foi satisfatória, existindo maior insatisfação quando cadastradas. **Conclusões:** apesar das limitações na oferta de consulta, agendamento e coordenação das ações, a maioria das crianças não encontrou dificuldade para ser atendida por fonoaudiólogo. A disparidade entre condições organizacionais e ausência de maiores obstáculos à entrada sugere que este comportamento não representa o padrão da acessibilidade organizacional no serviço avaliado.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde; Sistemas de Saúde; Comunicação; Fonoaudiologia

■ INTRODUÇÃO

A acessibilidade está relacionada à concepção de saúde como direito de cidadania e representa ação prioritária para efetivação da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Contudo,

permanece como um desafio garantir à população infantil ingresso aos serviços e continuidade do tratamento dos distúrbios de comunicação: impedimentos na habilidade de receber e/ou processar um sistema simbólico, tais como as alterações da audição, linguagem e fala². Desordens que afetam a competência e o desempenho comunicativo, gerando sofrimento porque comprometem a aquisição de conhecimentos, a elaboração das ideias e a participação social³.

Os estudos sobre a magnitude deste problema são poucos, mas estimativas indicam que, no mundo, entre 5% e 10% dos menores de três anos portam algum tipo de distúrbio da comunicação⁴. Pesquisa de base populacional encontra na região Sul do Brasil, em 2001, que 24,6% dos estudantes do ensino fundamental têm desvios

⁽¹⁾ Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife. Pernambuco, Brasil.

⁽²⁾ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife. Pernambuco, Brasil.

⁽³⁾ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco – FCM-UPE, Recife. Pernambuco, Brasil.

Fonte de auxílio: Bolsa-estudo da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses: inexistente

fonético-fonológicos, sendo de 57% aos cinco anos de idade⁵. Também na região Sul, em 2003, constata que 5,3% e 6,7% entre 4 e 9 anos apresentam, respectivamente, perda auditiva e diminuição auditiva leve⁶.

Os distúrbios de comunicação tendem ao incremento devido aos casos de retardo do crescimento e desenvolvimento, deficiências auditivas, motoras, físicas e mentais decorrentes da sobrevivência de prematuros⁷. Ademais, a ampliação da triagem auditiva neonatal e do acesso à atenção primária mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF) aumenta a probabilidade de detectar problemas e riscos fonoaudiológicos. Para minimizar as incapacidades e desenvolver as habilidades comunicativas, a assistência fonoaudiológica precisa ser precoce, regular e contínua mediante organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde^{8,9}.

Com vistas à universalidade e integralidade da atenção, o Ministério da Saúde responsabiliza o SUS pelo acesso à assistência especializada das pessoas com deficiência e portadoras de agravos que provoquem deficiências, em três níveis inter-relacionados. Competem ao nível primário, as ações básicas de reabilitação, diagnóstico presuntivo e referência adequada; ao secundário, o diagnóstico e tratamento ambulatorial especializado precoce e, ao terciário, a assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade¹⁰. A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001) e o Pacto de Gestão do SUS, de 2005, reiteram a conformação de redes articuladas de serviços, referidas a territórios delimitados, a partir da ESF¹.

A implantação de subsistemas de saúde distritais representa, no Recife, uma das principais ações relacionadas à integralidade e equidade da atenção. Aos distritos, desde 2002, compete planejar e gerir o sistema ambulatorial de referência e contrarreferência para apoiar a ESF, contando com especialidades médicas, odontológicas, fisioterapia e fonoaudiologia¹¹. Desde 2006, cabendo implantar núcleos de referência de reabilitação, articulados a partir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para expandir e qualificar os serviços de referência. Priorizam-se as policlínicas municipais, suporte de nível secundário, para ampliar o acesso às consultas especializadas¹².

Entretanto, persistem problemas relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde. Conceito que, segundo Donabedian¹³, traduz a facilidade de obtenção da assistência à saúde necessária, resultante tanto das características dos serviços e dos recursos de saúde, como das possibilidades da população superar as barreiras existentes. Este autor distingue duas dimensões interligadas da acessibilidade: (a) a sócio-organizacional, relativa

à oferta de atividades, horários de atendimento, marcação de consultas, tempo de espera para atendimento, critérios para selecionar demanda, adequação da demanda aos recursos disponíveis e mecanismos formais de articulação entre níveis assistenciais; e (b) geográfica, alusiva à distribuição espacial dos recursos e ao deslocamento (forma, tempo e custo da viagem)¹³⁻¹⁶.

No Brasil, os poucos estudos que fazem referência à acessibilidade em fonoaudiologia constata longos tempos de espera após agendamento da primeira consulta fonoaudiológica no SUS¹⁷⁻²¹. Barreiras para diagnóstico e tratamento oportunos das desordens da comunicação também foram identificadas em Ontário²² (Canadá) e em Londres⁹ (Inglaterra).

A avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde é de grande importância, possibilitando apresentar recomendações que auxiliem o planejamento e a gerência nos distintos níveis de organização da rede de serviços de saúde. Nesse contexto, visando contribuir para identificação dos obstáculos à assistência fonoaudiológica prestada aos menores de dez anos, esta pesquisa utilizou o referencial de Donabedian¹³ com o objetivo de avaliar a acessibilidade ao fonoaudiólogo em serviço de média complexidade do Recife.

■ MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), parecer nº 1923 de 19/11/2010. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Estudo avaliativo que utilizou o método quantitativo, com triangulação de fontes de informação, realizado em policlínica do Recife que representava num distrito sanitário, com população aproximada de 280 mil habitantes, o único serviço municipal de referência para atenção fonoaudiológica de média complexidade no SUS. Este serviço, que foi municipalizado em 1995, constitui-se numa referência para assistência fonoaudiológica da rede de serviços básicos de saúde há mais de duas décadas. Uma das autoras coletou os dados, entre fevereiro e outubro de 2011.

Os instrumentos de coleta de dados foram construídos com base no referencial utilizado da acessibilidade aos serviços¹³. Para caracterizar a organização do serviço relacionada à acessibilidade ao atendimento fonoaudiológico, no questionário aplicado junto ao fonoaudiólogo constavam informações sobre a disponibilidade de atividades e profissionais, marcação de consulta, articulação com profissionais do serviço e com a rede de

serviços de saúde, introduzindo-se perguntas abertas sobre dificuldades e avanços observados e sugestões para melhorar acessibilidade, cujas respostas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Dois dos quatro funcionários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) responderam questionário autoaplicável: marcação de consulta fonoaudiológica, reclamações da demanda e sugestões para qualificar agendamento, incluindo-se pergunta sobre frequência com que informa não ser dia de marcação (“uma vez ao mês”, “algumas vezes ao mês”, “uma vez na semana”, “algumas vezes na semana”, “diariamente”).

Para conhecer a experiência acerca da acessibilidade à policlínica, as crianças foram identificadas no Boletim Diário de Atendimento e no livro de registro do profissional, preparando-se uma listagem com aquelas menores de dez anos, residentes no Recife, em atendimento com fonoaudiólogo durante coleta de dados. As 38 crianças que atenderam aos critérios de inclusão participaram da pesquisa.

As informações foram coletadas junto: (a) aos acompanhantes, na sala de espera: perfil socio-demográfico (criança/acompanhante), vinculação da criança à ESF, tipo de demanda, agendamento, continuidade do tratamento e deslocamento, com perguntas abertas sobre facilidades e dificuldades para acessibilidade e sugestões para melhorá-la, cujas respostas foram gravadas e integralmente transcritas. Foram contempladas perguntas de avaliação sobre a percepção do tempo pós-marcação, satisfação com marcação e dificuldade no deslocamento; (b) aos prontuários das crianças: diagnóstico e data da primeira consulta. Procedeu-se estudo piloto para ajustar o instrumento.

As respostas das perguntas abertas dos formulários foram submetidas à análise de conteúdo do tipo classificatório, com contagem de frequência das categorias. As ideias que convergiram para um significado comum foram classificadas numa mesma categoria²³, apoiando-se na conceituação de acessibilidade¹³⁻¹⁶. Utilizou-se o programa Epi-info 3.5.3. As crianças foram comparadas segundo o cadastramento na ESF (“CSF” – cadastradas e “NCSF”- não cadastradas), visto que, no Recife, constitui-se numa diretriz de governo a atenção primária como eixo organizador da rede de serviços de saúde¹².

Na análise, utilizaram-se o qui-quadrado e o teste exato de Fisher, quando indicado, com um nível de significância de 5%. O termo “tendência” foi usado para descrever resultados nos quais se delineavam diferenças com significância estatística entre 0,05 e 0,10. Para evitar encobrir informações essenciais para fornecer subsídios à tomada de

decisões, apesar da possibilidade de flutuações decorrentes do pequeno número de crianças em algumas categorias de respostas, optou-se pela apresentação de praticamente todas as categorias de resposta.

Ao tratar desta policlínica se delineia um perfil que possui singularidades, mas acredita-se que os resultados encontrados podem subsidiar outros serviços no aprimoramento da acessibilidade ao fonoaudiólogo nas “redes de cuidado”. A falta de participação das crianças que não tiveram acesso à assistência fonoaudiológica foi a principal limitação deste estudo.

■ RESULTADOS

Organização das ações de fonoaudiologia

A policlínica dispunha de fonoaudiólogo, especialista em motricidade oral, que atuava no serviço há aproximadamente 18 anos, assistindo a população do distrito nas áreas de voz, motricidade e linguagem. Atendia três vezes na semana, durante um turno. O profissional ampliava a oferta, realizando uma sessão semanal de fonoterapia, individual ou em dupla. Para oferecer novas vagas, quando identificava condições no responsável, buscava reduzir o tempo de terapia mediante apoio ao reforço domiciliar do trabalho efetuado na unidade. Também desligava as crianças do tratamento. Conforme o fonoaudiólogo, embora fosse comum às crianças faltarem, desligavam-se somente aquelas que falhavam seguidamente, sem razões consideradas aceitáveis (trabalho do responsável, doença, necessidade de suporte psicológico, falta de recursos para transporte). O serviço contava com otorrinolaringologista, psicólogo e assistente social.

A primeira consulta fonoaudiológica era agendada no SAME, para população do distrito com referência documentada, quando o fonoaudiólogo disponibilizava as vagas, mas havia circunstâncias em que o profissional marcava. O SAME ofereceu a todos os segmentos populacionais, dez vagas em janeiro e sete vagas em setembro de 2011. A data da marcação era divulgada no quadro de avisos da unidade e o agendamento feito por ordem de chegada, orientando-se o excedente a aguardar outra oportunidade. Segundo os funcionários do SAME “algumas vezes por semana” precisavam informar que não havia marcação para fonoaudiólogo, escutando reclamações sobre escassez de vagas.

O fonoaudiólogo ressaltou as limitações na oferta de consulta e as queixas daqueles que garantiram acesso sobre os múltiplos contatos para marcar a primeira consulta. Este profissional agendava o

retorno. Para referência interna utilizava formulário específico ou receituário, com agendamento da consulta obedecendo ao calendário do serviço. Quando as condições financeiras da família eram precárias intervinha para compatibilizar num único contato com serviço os atendimentos necessários à criança (psicólogo, pediatra, etc.)

Não existiam fluxos e protocolos pactuados entre policlínica, unidades da ESF e NASF. A marcação direta efetuada por essas unidades foi suspensa porque, segundo o fonoaudiólogo, frequentemente, os pacientes não eram informados do agendamento e faltavam à primeira consulta. A contrarreferência não era sistemática. O fonoaudiólogo tinha expectativa de articulação ao NASF, para reduzir a demanda de crianças que necessitavam apenas de orientação. Também inexistia rotina para encaminhamento à atenção de alta complexidade. O profissional informou referir, por conta própria, para serviços que ofereciam o atendimento necessário. Amíúde, os pacientes não tinham acesso, devido ao excesso de demanda e aos problemas na manutenção dos equipamentos.

O distrito instituiu fluxo para exames com dois serviços do nível secundário da rede municipal de saúde. O fonoaudiólogo solicitava a audiometria, utilizando o receituário, e a videolaringoscopia era requisitada pelo otorrinolaringologista da policlínica. Em ambos os casos a família ia ao serviço realizar marcação. Para o profissional, o longo tempo para recebimento do resultado, particularmente da videolaringoscopia que demorava até seis meses, comprometia a qualidade da terapia. A definição da referência para esses dois serviços foi um dos poucos avanços identificados em relação à acessibilidade organizacional.

Na opinião do fonoaudiólogo, a inexistência de fluxos formalizados para neuropediatra, fisio-terapeuta e terapeuta ocupacional prejudicava a globalidade da atenção, afetando os resultados

do tratamento. As principais sugestões para melhorar acessibilidade foram: aumentar número de fonoaudiólogos (também indicado pelos funcionários do SAME); adquirir equipamentos para avaliação fonoaudiológica (gravador, filmadora e máquina fotográfica) e organizar o sistema de referência para assegurar o acompanhamento da criança pelos profissionais requeridos para atenção fonoaudiológica.

Acessibilidade das crianças

Com relação às crianças, 97,4% dos acompanhantes eram mulheres (73,7% a mãe e 21,1% a avó), 84,2% suas responsáveis (12,5% a avó) e 52,6% tinham entre 20 e 34 anos de idade. A amplitude da distribuição incluiu pessoas entre 20 e 74 anos, com mediana de idade de 32,5 anos e intervalo interquartil entre 27 e 41 anos. Em torno de 23,7% concluíram o segundo grau e uma, curso superior. A distribuição abrangeu pessoas de dois a 15 anos de escolaridade, com mediana de oito anos e intervalo interquartil de cinco a 11 anos. Aproximadamente 76,3% estavam fora da população economicamente ativa (86,2% desenvolviam atividades domésticas) e dentre nove (23,7%) inseridos no mercado de trabalho quatro faltaram ao emprego para trazer a criança.

Proporção de 73,7% das crianças era de meninos, com concentração entre 5-9 anos (73,7%) e tendência (0,083) para fração maior das CSF terem menos de cinco anos. Quando diagnosticados, 60,5% tinham menos de cinco anos (mediana de 4,4 anos, com intervalo interquartil de 3,7 a seis anos). Aproximadamente 89,5% apresentavam troca fonêmica e/ou fonética e 18,4% omissão, com 21,0% superpondo distúrbios de comunicação. Duas crianças CSF tinham atraso da linguagem e disfagia como patologia secundária. A policlínica foi o local do diagnóstico para 94,7% delas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, clínico e do acesso ao fonoaudiólogo de crianças menores de 10 anos atendidas em policlínica do Recife, fevereiro a outubro de 2011

Variáveis	Cadastro em Equipe de Saúde da Família			
	Sim (n=23)		Não (n=15)	
	nº	%	nº	%
Sexo				
Feminino	5	21,7	5	33,3
Masculino	18	78,3	10	66,7
Idade atual (anos)				
0-4	8	34,8	2	13,4
5-9	15	65,2	13	86,6
Idade ao diagnóstico (anos)				
0-4	14	60,9	8	53,3
5-9	9	39,1	7	46,7
Tipo de distúrbio				
Troca fonêmica e/ou fonética	19	82,6	15	100,00
Gagueira	2	8,7	-	-
Omissão	5	21,7	2	13,3
Atraso da linguagem secundário	2	8,7	-	-
Disfagia	1	4,3	-	-
Serviço do diagnóstico				
Policlínica	23	100,0	13	86,6
Hospital público	-	-	2	13,4

Percentual de 89,5% das crianças chegou à policlínica encaminhada, mas parte significativamente maior ($p=0,013$) daquelas CSF (56,5%) foi referida pelo médico da USF, enquanto 73,3% das NCSF por pediatra do serviço. A referência sempre foi documentada. Para 76,3% a primeira consulta foi marcada no SAME, com 18,4% tendo agendado com fonoaudiólogo (independentemente do tipo de demanda); 65,7% das pessoas chegaram ao serviço de madrugada (mediana do tempo de espera de quatro horas e 30 minutos, com mínimo de duas horas e máximo de seis horas), correspondendo a 76,9% das crianças NCSF e 62,0% das CSF. Porcentagem de 83,3% agendou na primeira tentativa, sendo 92,3% crianças NCSF e 78,3% CSF. Uma criança teve a consulta marcada na quarta e outra na sétima tentativa. Metade esperou entre sete e 14 dias após agendamento (76,3% aguardaram no máximo 15 dias). Este tempo foi percebido como “pequeno” por 83,3% dos acompanhantes (Tabela 2).

Uma fração de 22,2% encontrou dificuldade para marcar primeira consulta, observando-se tendência

($p=0,069$) para existir uma maior dificuldade entre as crianças CSF (30,4%) com relação às NCSF (7,7%). Falta de vagas, apenas para aquelas CSF, e desorganização do sistema de marcação (tempo de espera no serviço e fila desorganizada) foram dificuldades mencionadas. Ao redor de 83,3% manifestaram satisfação com agendamento da primeira consulta, que foi maior para crianças NCSF (92,3%) quando confrontadas às CSF (78,3%) (Tabela 3).

Os dois grupos não diferiram quanto aos motivos de satisfação, com 96,7% referindo-se à facilidade de marcação (agendou na primeira tentativa, marcou com fonoaudiólogo e conseguiu marcar), 23,3% à relação interpessoal boa e 20,0% ao sistema de agendamento (tempo curto após marcação e fila organizada). Para os 16,7% insatisfeitos com agendamento, os motivos foram: sistema de marcação (precisou madrugar, correu risco de vida, precisou deslocar-se para marcar e fila desorganizada), falta de vagas e relação interpessoal ruim (Tabela 3).

Tabela 2 – Acessibilidade organizacional de crianças menores de 10 anos à primeira consulta com fonoaudiólogo em policlínica do Recife, fevereiro a outubro de 2011

Variáveis	Cadastro em Equipe de Saúde da Família			
	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Chegou ao fonoaudiólogo	(n=23)		(n=15)	
Referido por serviço de saúde	13	56,5	2	13,3
Demanda espontânea	2	8,7	2	13,3
Encaminhamento interno	8	34,8	11	73,4
Serviço que encaminhou:	(n=21)		(n=13)	
Unidade de Saúde da Família	13	62,0	1	7,7
Policlínica	8	38,0	11	84,6
Consultório particular	-	-	1	7,7
Profissional que referiu	(n=21)		(n=13)	
Médico da Saúde da Família	13	62,0	1	7,7
Pediatra	4	19,0	11	84,6
Psicólogo	4	19,0	1	7,7
Referência foi documentada	(n=21)		(n=13)	
Sim	21	100,0	13	100,0
Não	-	-	-	-
Marcação da primeira consulta	(n=23)		(n=15)	
Serviço de Arquivo Médico	18	78,3	11	73,4
Diretamente com fonoaudiólogo	5	21,7	2	13,3
Atendeu no dia que demandou	-	-	2	13,3
Hora que chegou para marcar primeira consulta	(n=22)*		(n=13)	
3-4	13	62,0	10	76,9
5-7	3	13,6	1	7,7
≥ 8	6	27,3	2	15,4
Número de idas ao serviço para marcar primeira consulta	(n=23)		(n=13)	
Uma	18	78,3	12	92,3
Duas	2	8,7	1	7,7
Três a sete	3	13,0	-	-
Motivo para não marcar na primeira ida	(n=5)		(n=1)	
Não tinha vaga	5	100,0	1	100,0
Não era dia de marcação	3	60,0	-	-
Tempo de espera após agendar primeira consulta (dias)	(n=23)		(n=13)	
1-6	2	8,7	-	-
7-14	10	43,5	8	61,5
15-30	11	47,8	5	38,5
Percepção do tempo entre marcar/ realizar primeira consulta	(n=23)		(n=13)	
Muito grande / Grande	2	8,7	1	7,7
Nem grande, nem pequeno	1	4,3	2	15,4
Pequeno	20	87,0	10	76,9

*Excluída uma criança por falta de informação

Tabela 3 – Percepção de acompanhantes sobre marcação da primeira consulta fonoaudiológica de crianças menores de 10 anos em policlínica do Recife, fevereiro a outubro de 2011

Variáveis	Cadastro em Equipe de Saúde da Família			
	Sim		Não (*)	
	nº	%	nº	%
Dificuldade de marcação	(n=23)		(n=13)	
Sim	7	30,4	1	7,7
Não	16	69,6	12	92,3
Dificuldades identificadas	(n=7)		(n=1)	
Não tinha vaga	6	85,7	-	-
Desorganização do sistema de marcação	2	28,6	1	100,0
A marcação lhe deixou	(n=23)		(n=13)	
Muito satisfeito/satisfeito	18	78,3	12	92,3
Pouco satisfeito	2	8,7	1	7,7
Insatisfeito/muito insatisfeito	3	13,0	-	-
Motivos para satisfação	(n=18)		(n=12)	
Facilidade na marcação	17	94,4	12	100,0
Gostou da forma de tratamento	3	16,7	4	33,3
Características do sistema de marcação	3	16,7	3	25,0
Motivos para insatisfação	(n=5)		(n=1)	
Desorganização do sistema de marcação	3	60,0	1	100,0
Não gostou da forma de tratamento	2	40,0	-	-
Eram poucas as vagas	2	40,0	-	-

*Excluídas duas crianças de demanda espontânea

Ao redor de 84,2% realizavam fonoterapia, sendo maior o percentual de crianças NCSF (93,3%) quando cotejadas às CSF (78,3%). Constatou-se tendência ($p=0,082$) para as CSF terem um tempo de tratamento maior (mediana de 15 meses e intervalo interquartil de cinco a 24 meses), quando comparadas às NCSF (mediana de 7,5 meses e intervalo interquartil de três a 13

meses). Para 81,2% das crianças identificaram-se facilidades para tratamento, destas, 76,9% citaram acesso geográfico, 26,9% sistema de marcação (não foi difícil agendar primeira consulta, tempo curto após marcação e foi fácil marcar retorno) e 19,2% organização do atendimento (horário da consulta) (Tabela 4).

Tabela 4 – Facilidades, dificuldades e sugestões dos acompanhantes em relação à acessibilidade de crianças menores de 10 anos em policlínica do Recife, fevereiro a outubro de 2011

Variáveis	Cadastro em Equipe de Saúde da Família			
	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Está realizando tratamento	(n=23)		(n=15)	
Sim	18	78,3	14	93,3
Não	5	21,7	1	6,7
Tempo de tratamento (meses)	(n=18)		(n=14)	
1-11	9	50,0	11	78,6
12-24	6	33,3	3	21,4
25-36	3	16,7	-	-
Encontrou facilidade para tratamento	(n=18)		(n=14)	
Sim	14	77,8	12	85,7
Não	4	22,2	2	14,3
Facilidades encontradas	(n=14)		(n=12)	
Fica perto de casa	11	78,6	9	75,0
Sistema de marcação	2	14,3	5	41,7
Organização do atendimento	2	14,3	3	25,0
Encontrou dificuldade para tratamento	(n=18)		(n=14)	
Sim	5	21,7	-	-
Não	13	78,3	14	100,0
Dificuldades encontradas	(n=5)		(n=0)	
Mora distante do serviço	2	40,0	-	-
Organização do atendimento	2	40,0	-	-
Sistema de marcação	2	40,0	-	-
Interrupção do tratamento	(n=18)		(n=14)	
Não	17	94,4	13	92,8
Sim, mãe da criança adoeceu	1	5,6	1	7,2
Sugestões para melhorar o acesso a serviços	(n=23)		(n=15)	
Sim	10	43,5	9	60,0
Não	13	56,5	6	40,0
Sugestões apresentadas	(n=10)		(n=9)	
Aumentar número de atendimentos semanais	3	30,0	5	55,5
Melhorar o sistema de marcação	2	20,0	4	44,4
Cumprimento do horário pelo profissional	4	40,0	-	-
Mudar horário do atendimento	3	30,0	1	11,1
Aumentar o número de vagas	1	10,0	3	33,3

Uma proporção de 21,7% das CSF (15,6% do total) encontrou dificuldades para efetuar tratamento: acesso geográfico, insatisfação com horário da terapia e atendimento por ordem de chegada, necessidade de chegar ao serviço de madrugada e de trazer encaminhamento para marcar consulta. Duas crianças interromperam o tratamento por doença materna. Metade dos acompanhantes apresentou sugestões para melhorar a acessibilidade ao fonoaudiólogo, destacando elementos da disponibilidade de atividades e do sistema de

marcação (dia pré-definido para agendamento) (Tabela 4).

Três crianças não residiam no distrito sanitário onde a policlínica está localizada (outras duas moravam em municípios da Região Metropolitana, mas apresentaram o endereço de parentes). No deslocamento até o serviço 78,9% usaram ônibus, existindo tendência ($p=0,083$) de maior utilização deste meio de transporte pelas crianças CSF (86,9%) quando comparadas às NCSF (66,7%). Metade gastou entre 16 e 30 minutos no deslocamento (mediana de 20 minutos e intervalo interquartil entre

15 e 30). A percepção de ter “pequena / nenhuma” dificuldade no deslocamento até o serviço foi maior para as crianças NCSF (86,6%) em relação às crianças CSF (56,5%). As razões da apreciação acerca

do deslocamento remeteram à proximidade ou distância da residência e à maior ou menor disponibilidade de transporte (Tabela 5).

Tabela 5 – Acessibilidade geográfica à assistência fonoaudiológica de crianças menores de 10 anos atendidas em policlínica do Recife, fevereiro a outubro de 2011

Variáveis	Cadastro em Equipe de Saúde da Família			
	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Reside no mesmo distrito da policlínica	(n=23)		(n=15)	
Sim	22	95,6	13	86,7
Não	1	4,4	2	13,3
Transporte utilizado	(n=23)		(n=15)	
Ônibus	19	82,6	9	60,0
Deslocamento a pé	2	8,7	4	26,6
Ônibus + deslocamento a pé	1	4,3	1	6,7
Veículo próprio	-	-	1	6,7
Bicicleta	1	4,3	-	-
Tempo gasto no deslocamento (minutos)	(n=23)		(n=15)	
≤ 15	7	30,4	5	33,3
16-30	11	47,8	8	53,3
31-60	5	21,7	2	13,4
Dificuldade encontrada para deslocamento	(n=23)		(n=15)	
Muito grande/ Grande	7	30,4	1	6,7
Regular	3	13,0	1	6,7
Pequena	5	21,7	7	46,6
Nenhuma	8	34,8	6	40,0
Motivos para pequena/ nenhuma dificuldade	(n=13)		(n=13)	
Fica perto de casa	10	76,9	11	84,6
Disponibilidade de transporte	7	53,8	7	53,8
Rapidez do deslocamento	4	30,8	4	30,8
Pode ir a pé	-	-	1	7,7
Motivos para maior dificuldade	(n=10)		(n=2)	
Fica distante de casa	4	40,0	2	100,0
Demora esperando ônibus	6	60,0	-	-
Falta dinheiro para a passagem	2	20,0	-	-

■ DISCUSSÃO

As crianças desta pesquisa apresentavam perfil sociodemográfico e clínico semelhante ao dos estudos desenvolvidos em serviços especializados do SUS nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste: predomínio de meninos, com idade de 5 a 9 anos, portando alterações da fala e distúrbios da linguagem¹⁷⁻²⁰. A demanda maior neste grupo etário adviria da intensificação das interações sociais, particularmente pelo ingresso na escola, com as

crianças sendo mais exigidas no seu desempenho da linguagem oral e aprendizagem¹⁷⁻¹⁸. As razões apontadas para explicar a preponderância do sexo masculino, como os fatores biológicos (maturação mais lenta do cérebro e genética) e sociais (maiores cobranças quanto ao desempenho), precisam de confirmação científica.

Oferta de atividades

A disponibilidade é elemento fundamental da acessibilidade organizacional^{13,15,16}. A carência de

fonoaudiólogos, que levava ao não esgotamento da capacidade potencial da instalação física e ao caráter esporádico da marcação, dificultando o ingresso à terapia na policlínica, configurava-se na opinião do profissional e funcionários, como um motivo importante do sistemático rechaço de demanda. Esta restrição, certamente, representava um obstáculo à primeira consulta. Sobretudo quando se considera a significativa frequência dos distúrbios de comunicação⁴⁻⁶. Outra limitação dizia respeito a não disponibilidade de especialistas nas áreas de linguagem, audição e voz.

A existência de um único fonoaudiólogo, também, repercutia no processo de trabalho, pois, para atenuar a pressão da demanda reprimida, o profissional realizava apenas um atendimento semanal. A maioria dos acompanhantes que apresentaram sugestões para melhorar acessibilidade à fonoterapia solicitou o aumento do número de sessões semanais, manifestando a insatisfação com o tratamento da criança. Não se pode tratar da acessibilidade organizacional sem considerar o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados¹³⁻¹⁵.

Agendamento da primeira consulta

Durante dez meses, o SAME ofereceu pouquíssimas vagas para primeira consulta com fonoaudiólogo, contemplando todos os grupos etários. Os funcionários deste setor e o profissional evidenciaram os conflitos entre oferta e demanda. A não utilização de lista de espera, com o agendamento no SAME sendo iniciado somente quando o serviço dispunha de vagas a serem preenchidas em curto prazo, obscurecia a magnitude do excedente de demanda. Também minimizava o tempo de espera da primeira consulta: 76,3% das crianças aguardaram até 15 dias, um intervalo de tempo curto em comparação aos seis a sete meses dos estudos brasileiros^{7,18-20} e de outros países^{9,22}.

A primeira consulta fonoaudiológica para a maioria das crianças foi agendada na primeira tentativa, mas dentre aquelas que conseguiram marcar na primeira tentativa, 23,3% aprazaram com o fonoaudiólogo e 5,3% foram atendidas no dia que demandaram. O ingresso dessas crianças não atendeu ao previsto pelo sistema de marcação (agendamento no SAME e encaminhamento). A garantia imediata da marcação ou da consulta diminui o número de vagas oferecidas pelo SAME, embora possa figurar como um recurso acessório de utilização da capacidade potencial da oferta, conferindo um caráter preferencial à entrada no serviço. Durante o estudo, todos os tipos de demanda foram favorecidos, contudo, é possível que a demanda interna possa usufruir mais desse

privilégio. A escuta sistemática ao primeiro contato com o serviço para definir a entrada é fundamental para assegurar acesso àqueles que mais necessitam²⁴.

A facilidade na marcação da primeira consulta foi o principal motivo de satisfação dos acompanhantes. Por outro lado, os poucos insatisfeitos queixaram-se da necessidade de madrugar para conseguir vaga, aspecto citado em outra pesquisa como dificuldade para o acesso¹⁴. Convém recordar que 63,9% chegaram de madrugada na fila formada na calçada do serviço, frequentemente, esperando mais de quatro horas para agendar. A avaliação positiva pode traduzir as baixas expectativas quanto aos serviços públicos. O fenômeno da alta satisfação decorreria do viés de gratidão, comum nos países em desenvolvimento e na avaliação de serviços públicos, que leva à relutância em expressar opiniões negativas. Sobretudo quando o usuário tem grande afinidade com o profissional pelo qual é atendido²⁵.

A triangulação de fontes de informação permitiu contextualizar a análise relacionada às crianças que conseguiram atendimento, delineando as discrepâncias entre a rapidez para garantir a primeira consulta neste serviço e as restrições na oferta de atividades, na marcação de consultas, na organização da demanda interna e na articulação à ESF, como foi enfatizado pelo profissional e os funcionários. É plausível pressupor que este comportamento não represente o padrão da acessibilidade organizacional ao fonoaudiólogo. Uma variabilidade, inclusive, pode ser fomentada pela ausência das ações previstas nas diretrizes para normatizar o acolhimento, o fluxo de marcações/remarcações e o SAME nas policlínicas municipais¹², com este serviço atuando de modo isolado, fazendo com que as decisões acerca da acessibilidade organizacional estivessem submetidas às contingências locais.

As investigações divergem em relação à origem do encaminhamento para o fonoaudiólogo, algumas encontram as escolas e outras os serviços de saúde¹⁷. A atual, em que 85,3% dos 89,5% referidos foram encaminhados por médico, concordou com aquelas que identificam este profissional como a principal fonte de encaminhamentos para fonoterapia. Ademais, constatou participação quase equivalente do médico da ESF, raramente mencionado na literatura sobre média complexidade¹⁹, e do pediatra. Esta diferença resultaria do papel definido para cada serviço na rede integrada de atenção. Todos os encaminhamentos foram por escrito, demonstrando adesão dos profissionais a um procedimento que qualifica o SUS. A contrarreferência, que poderia funcionar como mecanismo

de capacitação continuada da equipe local, não era rotineira.

A continuidade da atenção fonoaudiológica na policlínica

A restrição na oferta de atividades também representa uma barreira no interior do serviço^{14,15}, podendo levar à descontinuidade do tratamento, comprometer a qualidade técnica e ampliar o tempo de acompanhamento. Nesta pesquisa, alguns elementos apontaram para essa possibilidade: nove dos acompanhantes estavam inseridos no mercado de trabalho e, destes, quatro faltaram ao trabalho para trazer a criança ao atendimento no dia que foram entrevistados. O fonoaudiólogo informou sobre o caráter habitual do não comparecimento por razões que julgava aceitáveis, sendo uma delas a falta decorrente de necessidades relacionadas ao emprego.

Algumas características positivas que humanizavam o atendimento e facilitavam o acesso à continuidade assistencial foram constatadas. O usuário deixava a unidade com o retorno garantido e havia empenho em assegurar o agendamento de consultas com outros profissionais, simultaneamente, à terapia fonoaudiológica. O cuidado em considerar as condições de vida e a complexidade do quadro clínico da criança, permitindo que a decisão sobre o desligamento da terapia fosse tomada num contexto mais abrangente.

Neste trabalho, assim como em outro²⁰, os mais jovens apresentavam maiores tempos de tratamento. Este perfil foi mais frequente entre crianças CSF, apesar de esboçarem-se diferenças sugestivas de que elas encontraram mais obstáculos organizacionais em sua trajetória de busca e utilização da policlínica. Isso é sugestivo de que a ESF tem aumentado a probabilidade de detecção precoce de problemas e riscos fonoaudiológicos.

Articulação com a rede de serviços de saúde

A inexistência de fluxo formalizado de usuários entre USF e policlínica traduzia um retrocesso: a suspensão do agendamento institucional pelo não comparecimento à consulta de parcela importante dos agendados. Na presença de demanda reprimida a falta de adesão ao aprazamento tem repercussões ainda mais sérias na acessibilidade da população. A solução para o problema remete, necessariamente, à articulação com o nível local.

Na atenção fonoaudiológica deve ser competência das equipes da ESF: marcar o primeiro atendimento dos casos encaminhados, informar a data do agendamento ao paciente e efetuar a busca ativa dos faltosos, quando solicitada pelo serviço de referência. A organização da demanda é

indispensável à coordenação das ações, podendo facilitar ou dificultar a entrada ao serviço e a continuidade assistencial¹⁵. O monitoramento do sistema de marcação é um instrumento importante para viabilizar a oportunidade do diagnóstico e do tratamento.

Ademais, não existiam mecanismos formais de integração entre o NASF e a policlínica, que aumentaria a adequação técnica da demanda. A falta de filtro na atenção primária potencializa o número de consultas desnecessárias, o que sobrecarrega a atenção secundária e aumenta os riscos para os pacientes. O NASF não se constitui numa porta de entrada para o usuário dentro do sistema de saúde, mas deve integrar-se à rede a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da ESF²⁶.

No Recife, desde 2002, a reorganização do sistema de saúde a partir da atenção primária, com referência para os diversos níveis assistenciais, tendo as USF e as unidades básicas tradicionais como porta de entrada, é uma diretriz de governo. A fonoaudiologia consta da proposta de estruturação, pelos distritos, do sistema ambulatorial de referência e contrarreferência para apoiar a ESF¹¹.

Ainda no que diz respeito à coordenação das ações, mesmo com a garantia da assistência às pessoas com necessidades de reabilitação sendo um compromisso da gestão¹², o único avanço percebido pelo fonoaudiólogo dizia respeito à definição de dois serviços do nível secundário de atenção como referência para apoio diagnóstico. Embora coubesse às famílias marcarem os exames e fosse longa a espera pelos resultados.

Na relação com a alta complexidade o profissional recorria a fluxos de referência não formais, atribuindo-se ao usuário assegurar o atendimento. A grande concentração de serviços na esfera estadual e conseqüente baixa governabilidade do município levou à gestão municipal a comprometer-se com o processo de municipalização de serviços especializados estaduais²⁷. Em Salvador (Bahia) também se identificou a necessidade de articular serviços de alta complexidade de distintos provedores à rede de assistência fonoaudiológica²⁸. O desenvolvimento de mecanismos de articulação é imprescindível para a resolutividade e integralidade do cuidado²⁹.

Aos distritos sanitários compete uma tarefa de extrema importância na regionalização e integração das redes assistenciais. Nesse sentido, deve criar espaços de negociação para estruturar as policlínicas (ampliando a disponibilidade de profissionais de diferentes áreas de atuação em fonoaudiologia), como suporte de média complexidade, para apoiar a ESF, e instituir fluxos de pacientes, articulados a

uma central de marcação de consultas e exames especializados, com garantia de atendimento³⁰.

A gestão municipal ainda assumiu o compromisso de descentralizar a regulação assistencial para os distritos sanitários, estruturando e qualificando o sistema de referência e contrarreferência (exames e consultas)³⁰. Esses mecanismos de regulação dificilmente promoverão acesso equânime e integral enquanto atuar somente sobre uma parcela dos serviços sob a gestão municipal, sem a formação de redes de atenção regionais para a continuidade do cuidado³¹.

Acessibilidade geográfica

A regionalização da assistência é condição necessária para melhorar a acessibilidade à atenção no SUS, sobretudo a acessibilidade geográfica, já que visa uma maior proximidade entre população e recursos disponíveis^{1,8,32}. Uma caminhada entre 20 e 30 minutos, no máximo, seria o parâmetro ideal de deslocamento da residência ao serviço de saúde¹⁴. Neste estudo, a mediana do tempo de deslocamento foi de 20 minutos, mas, 78,9% utilizaram ônibus. Note-se que se trata de um serviço especializado e a disponibilidade de transporte foi muito valorizada pelos acompanhantes, sobretudo das crianças NCSF, justificando a facilidade de deslocamento durante o tratamento. A despeito do gasto indireto com assistência, por um tempo prolongado, as restrições impostas pelas condições financeiras citadas pelo profissional como um obstáculo da adesão ao agendamento, foram pouco mencionadas pelos acompanhantes.

Em relação à atenção especializada, nem sempre é possível garantir a resolutividade do problema de saúde com os recursos disponíveis

num dado território, assim os serviços de apoio diagnóstico estavam localizados em outro distrito sanitário. A escassez da oferta de consulta fonoaudiológica pode ter motivado a utilização da policlínica por cinco crianças residentes fora do distrito. Esta invasão de demanda pode ser avaliada como pequena, traduzindo um avanço no processo de regionalização: durante décadas, o atendimento nesta unidade de referência independia do local de residência. Cabe atentar-se que para operar uma proposta de organização do sistema de saúde é necessária uma melhor compreensão das percepções e expectativas dos usuários sobre o acesso aos serviços de saúde³³.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações na oferta de consulta, no sistema de marcação e na coordenação das ações que representam obstáculos para o acesso e a continuidade da atenção fonoaudiológica na policlínica, comprometendo o seu papel como suporte de média complexidade, neste estudo, a maioria das crianças não encontrou dificuldade para ser atendida por fonoaudiólogo. Contudo, a disparidade entre as condições organizacionais e a ausência de maiores obstáculos na porta de entrada sugere a possibilidade deste comportamento não representar o padrão da acessibilidade organizacional à assistência em fonoaudiologia no serviço avaliado. A carência de redes articuladas de serviços de saúde comprometeu a resolutividade e integralidade da atenção fonoaudiológica. O bom desempenho da acessibilidade geográfica merece ser destacado.

ABSTRACT

Purpose: to evaluate the accessibility to speech-language pathologist in service of medium complexity of Recife. **Methods:** evaluative study with triangulation of information sources conducted in February-October 2011. Participants were 38 children less than ten years old, the speech-language pathologist and two employees from the Department of Medical Archive (DMA). The three questionnaires used (adults accompanying children, professional and DMA employees) were prepared based on the referential of Donabedian. The children were compared to Family Health Unit registration using chi-square and Fisher's exact test. **Results:** the professional attended three times per week during shift. DMA offered 17 vacancies to the population of the district between January-October 2011. A systematic rejection of demand occurred, according to the professional and employees. Of all children, 73.7% were boys, 73.7% were 5-9 years old and 94.7% were diagnosed at polyclinic. First consultation, 89.5% were conducted by a physician; 76.3% had appointments by DMA, 63.9% arrived at dawn; 83.3% had appointments at first attempt, 22.2% had difficulties and 76.3% waited until 15 days for attendance. A trend of great difficulty for appointments for registered ones ($p=0.069$), causing dissatisfaction. Professional set a return date. Geographic accessibility, 68.4% were satisfactory and had greater dissatisfaction when registered. **Conclusions:** despite the limitations in the offers of consulting, making appointments and coordinating actions most children did not find it difficult to be attended by speech-language pathologist. The disparity between organizational conditions and absence of major barriers to entry suggests that this behavior represents no pattern of organizational accessibility in the assessed service.

KEYWORDS: Health Services Accessibility; Health Systems; Communication; Speech, Language and Hearing Sciences

■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
2. Andrade FCR. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Rev Saúde Pública* 1997;31(5):495-501.
3. Schirmer CR, Fontoura DR, Nunes ML. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *J Ped.* 2004;80(Supl.):95-103.
4. Mathers C, Smith A, Concha M. Global burden of hearing loss in the year 2000. 2000 [cited 2011 Sep. 13]. Available from: http://www3.who.int/whosis/burden/gbd2000docs/Hearing%20loss.zip?path=evidence_burden_burden_gbd2000docs_burden_gbd2000docs_hearingloss&language=English
5. Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):726-31.
6. Béria JU, Raymann BCW, Gigante LP, Figueiredo ACL, Jotz G, Roithman R et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(6):381-7.
7. Bazzo LMF, Noronha CV. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *Ciênc. saúde colet*. 2009;14(Supl.1):1553-64.
8. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde colet*. 2011;16(6):2753-62.
9. Miller AR, Armstrong RW, Mâsse LC, DPhil ASK, Shen MASC J, O'Donnell ME. Waiting for child developmental and rehabilitation services: an overview of issues and needs. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(2):815-21.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 2002 [acesso 2011 Jun. 23]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>
11. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002-2005. Recife, 2001.
12. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Recife Saudável: inclusão social e qualidade do SUS. 2005 [acesso

2011 Jun. 23]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/227.pdf>

13. Donabedian AA. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Méd.* 1990;114(11):1115-8.

14. Ramos DD, Lima MAS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(1):27-34.

15. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(4):725-37.

16. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health.* 2013 [cited 2013 Oct. 12] 12(18):[about 9 p.] Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>

17. César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. *Rev CEFAC.* 2007;9(1):133-8.

18. Diniz RD, Bordin R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(2):126-31.

19. Barros PML, Oliveira PN. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. *Rev CEFAC.* 2010;12(1):128-33.

20. Costa RG, Souza LBR. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. *R Ci. méd. biol.* 2009;8(1):53-9.

21. Mandrá PP, Diniz MV. Caracterização do perfil diagnóstico e fluxo de um ambulatório de Fonoaudiologia hospitalar na área de Linguagem infantil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(2):121-5.

22. Majnemer A, Shevell MI, Rosenbaum P, Abrahamowicz M. Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays. *Child Care Health Development.* 2002;28(1):29-37.

23. Bardin L. Análise de respostas a questões abertas: a simbólica do automóvel. In: Bardin L.

Análise de Conteúdo. Lisboa (Portugal): Edições 70; 1977. p. 59-63.

24. Costa JC, Giusti SA, Murofuse IS, Gumz AL. Acesso ao serviço de fonoaudiologia: a implantação do acolhimento no município de Toledo – PR. *Rev. CEFAC.* 2012;14(5):977-83.

25. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(6):1267-76.

26. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(3):465-74.

27. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Recife, 2010.

28. Bazzo LMS, Noronha CV. Perspectiva dos gestores sobre a oferta da atenção fonoaudiológica no SUS em Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2012;36(1):105-20.

29. Van Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W, De Lepeleire J. Care pathways across the primary-hospital care continuum: using the multi-level framework in explaining care coordination. *BMC Health Services Research.* 2013 [cited 2013 Aug. 21]. 13 (296): [about 12 p.] Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/296>

30. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Relatório da 9ª Conferência Municipal de Saúde – 2009. 2009 [acesso 2011 Jun. 23]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/3254.pdf>

31. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo-Filho DA. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.* 2013;22(1):223-36.

32. Comber AJ, Brunson C, Radburn R. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics.* 2011 [cited 2013 Aug. 21]. 10(44): [about 11 p.] Available from: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/10/1/44>

33. Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública* 2014;30(2):231-44.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620156114>

Recebido em: 24/02/2014

Aceito em: 23/07/2014

Endereço para correspondência:
 Katia Virginia de Oliveira Feliciano
 José Trajano, 179/303, Boa Viagem
 Recife – PE – Brasil
 CEP: 51020-320
 E-mail: kvofeliciano@gmail.com