

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO
HUMANA**

Mithielle de Araujo Machado

**REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM
LESÕES CEREBRAIS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

Mithielle de Araujo Machado

**REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÕES
CEREBRAIS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Profª Dra. Elenir Fedosse

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Machado, Mithielle
Rede Suplementar de Reabilitação a Adultos com Lesões Cerebrais do município de Santa Maria/RS / Mithielle Machado.- 2017.
100 p. ; 30 cm

Orientadora: Elenir Pedocce
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2017

1. Lesão Cerebral 2. Rede Suplementar de Saúde 3. Fisioterapia 4. Fonoaudiologia 5. Terapia Ocupacional I. Pedocce, Elenir II. Título.

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Mithielle de Araujo Machado. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 146, bairro Centro, Santa Maria, RS, CEP:97010310. Endereço eletrônico: mithifisio2014@gmail.com

REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÕES CEREBRAIS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**

Aprovado em 31 de julho de 2017:

Elenir Fedosse, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Valdete Alves Valentins dos Santos Filha, Dra (UFSM)

Marileda Barichello Gubiani, Dra (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Lélío e Eloiza, e a minha tia Genecy, que nunca mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa.
É para vocês, os amo imensamente.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, e aos seres de luz que me acompanharam e fortaleceram nessa caminhada. Agradeço o auxílio, compressão e apoio de várias pessoas, de uma maneira especial, agradeço:

Aos meus pais, **Lélio Machado** e **Eloiza Machado**, minhas inspirações, exemplos de luta, agradeço imensamente por estarem ao meu lado, por acreditarem no meu potencial, por entender minhas ausências, pelas palavras de incentivo.

A minha **Tia Genecy** (Tia Neca), pelo carinho, apoio nos momentos difíceis e por sempre me incentivar a estudar e evoluir sempre. A minha afilhada **Roberta**, por todo amor, carinho, compreensão pela minha ausência, nesses dois anos.

A minha orientadora Profa. **Elenir Fedosse**, pelo amparo, confiança e ensinamentos, fazendo-me crescer pessoalmente e profissionalmente, grata por tudo.

Às profas. **Valdete Alves dos Santos Filha** e **Marileda Barichello Gubiani** membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições.

A **Aline Ponte**, pela amizade e parceria profissional que construímos ao longo dos últimos anos, pelo incentivo, puxões de orelha, pelas orações.

A **Andreise Anversa**, presente que a pós graduação me deu, serei eternamente grata pela sua ajuda, pela escuta nos momentos difíceis, carinho, incentivo e torcida.

A **Jodeli, Emilyn, Bárbara** e ao **Flávio César**, que compartilharam momentos desse meu processo, meu eterno agradecimento e carinho por vocês.

A minha amiga **Bruna Giovanaz**, grata pela amizade, por entender minhas ausências, pelo incentivo em sempre buscar o melhor (como pessoa e como profissional), pelo carinho, conversas, pelos abraços, pela palavra certa na hora certa. Agradeço a Deus pela sua amizade. Eternamente grata a você minha amiga.

A minha irmã de coração **Aline Araujo**, apesar dos mais de 1000 km que nos separam fisicamente, sempre esteve ao meu lado enviando energia positiva, carinho e muito amor. Muito obrigada minha irmã.

As amigas e irmãs de coração **Sandra Morais, Bruna Morais** e **Verônica Cassarotto**, a amiga e vizinha **Daniela Sansonowicz** e ao amigo **Mateus Nunes**, pela compreensão, carinho e por tornar minha caminhada mais leve. Vocês são muito especiais em minha vida, obrigada.

Ao **Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**, seus **Funcionários** e **Professores**, que contribuíram para a realização deste estudo

RESUMO

REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÃO CEREBRAL DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Autora: Mithielle de Araujo Machado

Orientadora: Elenir Fedosse

Objetivos: caracterizar os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional do Sistema Suplementar de Saúde de um município gaúcho que realizam reabilitação neurológica, bem como caracterizar os adultos com sequelas de Lesão Cerebral (LC) acompanhados nesses serviços e, ainda, analisar a satisfação destes usuários quanto aos cuidados prestados. **Metodologia:** Estudo de cunho descritivo e exploratório com análise de abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra foi composta por sujeitos com sequelas de LC, com idade superior a 18 anos, acompanhados em serviços de reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional) na rede Suplementar de Saúde, entre dezembro de 2016 a abril de 2017. A coleta ocorreu por meio da consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguida de contato telefônico com proprietários dos serviços para identificação dos adultos com LC acompanhados e, por fim, contato com os sujeitos para realização de uma entrevista semiestruturada, aplicação do Questionário de Satisfação dos Usuários e do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). A análise quantitativa dos dados foi descritiva (média, porcentagem e Teste de Coeficiente de *Correlação de Spearman*) utilizando-se o *Software Statistica 9.1.*, e a qualitativa por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** A busca pelos serviços no CNES apontou a existência de 53 clínicas e consultórios destinados à reabilitação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Desses, 50 estavam com registro ativo e somente oito participaram da pesquisa, por realizarem acompanhamento de adultos com LC. Quanto aos sujeitos com LC, contou-se com a participação de nove, sendo que predominou o sexo masculino (88,8%) e a cor branca (77,7%). As LC mais frequentes foram os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) [55,5%]; os Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) representaram 22,2%. A sequelas predominantes foram - hemiplegias à direita (55,5%) e distúrbios da comunicação (44,4%). Quanto à classe econômica, 66,6% pertenciam à Classe B2. O acesso à Fisioterapia predominou (100%); 22,22% realizavam acompanhamento em Fonoaudiologia e nenhum em Terapia Ocupacional. No que se refere à satisfação dos usuários, a maioria considera-se satisfeito com o tratamento proposto pelos profissionais. **Conclusão:** Constatou-se carência de serviços destinados ao cuidado de adultos com LC, a inexistência de serviços de Terapia Ocupacional e de serviços interdisciplinares, no Setor Suplementar de Saúde, do município pesquisado. Tal situação é preocupante, visto que geralmente as sequelas de LC geram limitações sensitivas, motoras e de comunicação possíveis de serem assistidas pela Fisioterapia, Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional. Dos sujeitos acompanhados, a maioria refere estar satisfeita com o atendimento prestado. Considera-se importante a realização de mais estudos envolvendo o Sistema Suplementar de Saúde e o cuidado junto a adultos com LC, nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional; Reabilitação; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

SUPPLEMENTARY HEALTH SYSTEM FOR REHABILITATION TO ADULTS WITH CEREBRAL INJURY IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA/RS

Author: Mithielle de Araujo Machado

Supervisor: Elenir Fedosse

Objectives: to characterize Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy services offered by Supplementary Health System of a municipality in the state of Rio Grande do Sul that assists neurological rehabilitation, as well as to characterize adults with brain injury (BI) sequelae assisted by these services and also to analyze their satisfaction concerning healthcare services. **Methodology:** this is a descriptive and exploratory study with quantitative and qualitative analysis approach. The sample consisted of subjects with BI sequelae, aged over 18 years, who were assisted by rehabilitation services (Physical Therapy, Speech Therapy and/or Occupational Therapy) in the Supplementary Health System between December 2016 and April 2017. Data collection occurred through the National Health Establishments Registration (CNES) followed by telephone contact with owners of healthcare institutions in order to identify adults with BI and, finally, contact with the subjects to perform a semi-structured interview, besides application of the Users' Satisfaction Questionnaire and Brazilian Economic Classification Criteria (CCEB). Quantitative analysis of data was descriptive (mean, percentage and Spearman's rank correlation coefficient) using *Statistica 9.1 software*, and qualitative analysis occurred through Content Analysis. **Results:** The search for services in CNES evidenced the existence of 53 clinics and offices for rehabilitation in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy. Among them, 50 had active record and only eight participated in the study because they assisted adults with BI. Among the subjects with BI, nine had participated in the research, being predominant male (88.8%) and white (77.7%). The most frequent BI were Cerebral Vascular Accidents (CVA) [55.5%]; Traumatic Brain Injury (TBI) accounted for 22.2%. The predominant sequelae were right hemiplegia (55.5%) and communication disorders (44.4%). As for economy class, 66.6% belonged to Class B2. Access to Physical Therapy predominated (100%); 22.22% were assisted by Speech Therapy and none by Occupational Therapy. With regard to users' satisfaction, the majority consider themselves satisfied with the treatment proposed by professionals. **Conclusion:** It was verified a lack of services for healthcare of adults with BI, the absence of Occupational Therapy services and interdisciplinary services in Supplementary Health System in the city studied. Such a situation is worrying, since BI sequelae usually generate sensory, motor and communication limitations that could be assisted by Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy. Among the subjects studied, most affirm they are satisfied with the care provided. It is considered important to carry out more studies in the areas of Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy involving Supplementary Health System and healthcare with adults with BI.

Keywords: Health services; Physiotherapy; Speech Therapy; Occupational Therapy; Rehabilitation; Patient satisfaction.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 - Distribuição de Planos de Saúde contratados pelos sujeitos (n=4)47

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 – Identificação dos serviços de Fisioterapia da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não reabilitação neurológica junto a adultos com LC (n=31).....42

Quadro 2 – Identificação dos serviços de Fonoaudiologia da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não reabilitação neurológica junto a adultos com LC (n=14).....43

Quadro 3 – Identificação dos serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia e de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não reabilitação neurológica junto a adultos com LC (n=5).....44

Artigo 2

Quadro 1 - Satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia (n=9).....61

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Econômica dos adultos com LC (n=9).....	44
Tabela 2- Condições Neurológicas dos sujeitos (n=9).....	46
Tabela 3 – Acompanhamento Terapêutico dos adultos (n=9).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LC	Lesão Cerebral
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
SUS	Sistema Único de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílios
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
MS	Ministério da Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência Funcionários do Banco do Brasil
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasileira
CCS	Centro de Ciências da Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Lesão Cerebral e suas sequelas	20
2.2 Reabilitação de sujeitos com sequelas de LC.....	24
2.3 Breve histórico do Sistema Suplementar de Saúde	27
2.4 Satisfação dos usuários de serviços de saúde	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	31
3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	32
3.3 AMOSTRA	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
3.5 COLETA DE DADOS	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
4 RESULTADOS	38
4.1 ARTIGO – Caracterização dos serviços de reabilitação e dos sujeitos com Lesão Cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho.....	38
4.1.1 RESUMO	39
4.1.2 ABSTRACT	40
4.1.3 INTRODUÇÃO	41
4.1.4 METODOLOGIA	42
4.1.5 RESULTADOS	43
4.1.6 DISCUSSÃO	49
4.1.7 CONCLUSÃO	51
4.1.8 REFERÊNCIAS	52
4.2 ARTIGO 2 – Satisfação dos usuários com lesão cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho	56
4.2.1 RESUMO	57
4.2.2 ABSTRACT	58
4.2.3 INTRODUÇÃO	59
4.2.4 METODOLOGIA	60
4.2.5 RESULTADOS	61
4.2.6 DISCUSSÃO	65
4.2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
4.2.8 REFERÊNCIAS	68
5 DISCUSSÃO GERAL	70
6 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNDICES	89
Apêndice A - Carta de Apresentação	89
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Sujeitos com Lesões Cerebrais (TCLE)	90
Apêndice C – Termo de Confidencialidade	92
Apêndice D- Termo de autorização institucional	93

Apêndice E - Entrevista com Usuários da Rede Suplementar de Saúde.....	94
ANEXOS	95
ANEXO A – Aprovação do Comitê de ética	95
ANEXO B – Questionário de Satisfação dos Usuários	99
ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	100

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de dissertação foi desenvolvida com o intuito de conhecer e analisar a rede suplementar de reabilitação (especialmente os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional), voltada ao atendimento de adultos com Lesão Cerebral (LC), bem como identificar a satisfação dos mesmos quanto à assistência prestada por tais serviços, integrantes do sistema suplementar de saúde, no município de Santa Maria/RS.

As LC são desordens que acometem o cérebro, podendo ser causadas por distúrbios vasculares, doenças e traumas, dentre eles os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), Tumores e Anóxias cerebrais e Encefalites, comprometendo assim suas funções (SOHLBERG; MATEER, 2009). Em se tratando de etiologia, cada lesão se apresenta e evolui de maneira própria, determinando assim o quadro neurológico e a intensidade das sequelas (CECCATO, 2005; CANCELA, 2008).

As LC¹ podem produzir desordens como, por exemplo: i) hemiplegias - comprometimentos motores do hemicorpo contralateral ao da lesão cerebral (BARROS; PASSOS; NUNES, 2012) -, ii) quadriplegia - comprometimento dos quatro membros e consecutiva perda de controle do tronco (MACHADO, SCRAMIN, 2010) - e iii) as afasias - alterações de linguagem produzidas por lesão focal envolvidas na expressão e compreensão da linguagem oral e/ou escrita (COUDRY, 2001).

Os AVC - eventos súbitos de sinais clínicos de desordens focais e/ou globais da função cerebral (OMS, 2003) - são considerados uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (CARVALHO, 2006; CECCATO, 2012). No ano de 2013 foram registradas, no Brasil, 68 mil mortes por AVC e 568 casos por 100 habitantes dos sobreviventes pós episódio lesional permanecem com algum tipo de sequelas, representando assim a primeira causa de mortalidade e incapacidade, acarretando grande impacto econômico e social (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Ao lado dos AVC, tem-se os TCE - lesões traumáticas que comprometem a região extra ou intracraniana (LIMA et al, 2012) - e apontados, no Brasil, como a principal causa de morte em adultos com idade inferior a 35 anos (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

¹ Na literatura existe uma variação de nomenclatura com relação às lesões ocorridas no sistema nervoso, nota-se, por exemplo, o uso de Lesão Encefálica Adquirida (LEA), Lesão Neurológica (LN) e Lesão Cerebral (LC). Na presente dissertação optou-se por Lesão Cerebral (LC) pelo fato de as disfunções orgânicas mais recorrentes nos sujeitos participantes da dissertação serem localizadas no hemisfério cerebral esquerdo ou direito.

Os tumores cerebrais (entre eles, os cânceres²), as anóxias e as encefalites também se apresentam como importantes causas das LC. Sabe-se que as anóxias (lesões que se caracterizam pela falta de oxigênio) podem decorrer de paradas cardiorrespiratórias e envenenamento por gás carbônico (GOUVEIA et al., 2000), enquanto que as encefalites [infecções agudas ou crônicas do parênquima encefálico (DRAKE et al., 2005; DE GIROLAMI et al., 2000; MILES, STEVEN, 2002; SOTELO, DEL BRUTTO, 2000)], têm os vírus como fatores causais mais frequentes (LAZOFF, 2005).

Frente a complexidade das LC e suas limitações, tem-se a necessidade de intervenções terapêuticas, de cunho reabilitador, da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, tanto no estado agudo (por ocasião da hospitalização), quanto em fases posteriores à alta hospitalar, podendo ser realizadas nos domicílios, mas sobretudo, em clínicas e consultórios especializados (POMEREHM, 2016).

Convém ressaltar que as profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional ganharam evidência ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945, que deixou centenas de pessoas mutiladas e com severos prejuízos motores e de linguagem em consequência de lesões decorridas dos confrontos de Guerra (PETRI, 2006). Tais profissões foram historicamente ganhando espaço no contexto da reabilitação (CANCELA 2008), beneficiando também a cultura de atuação destinada a atendimentos terapêuticos em clínicas e consultórios especializados (RODRIGUES, 2008), serviços estes que podem ser caracterizados como de nível secundário de atenção à saúde.

Criado em 1988, o SUS (considerado o maior sistema de saúde do mundo com *status* público) contempla cuidado em saúde nos diversos níveis de atenção, a saber: nível primário, nível secundário e nível terciário; propõe-se a ofertar acesso universal, integral e equânime, em todo território nacional (BRASIL, 2011), sendo também o regulador da iniciativa privada, o que significa que as instituições de ordem privada poderão participar de forma complementar ao sistema público (BRASIL, 1988), tornando-se uma combinação de dois subsistemas: o público e o privado (PAIM et al., 2011).

Ao longo dos anos, visando subsidiar a melhoria do cuidado prestado nos diferentes subsistemas do SUS, tem-se criado diversas políticas, manuais e cadernos destinados aos profissionais e usuários. Dentre elas, está o Manual de Atenção à Saúde no Setor Complementar (BRASIL, 2009), o qual apresenta a evolução e avanços do processo regulatório do Sistema Suplementar em Saúde. Destaca-se que a Saúde Suplementar teve seu ápice na

² Conforme dados fornecidos pelo INCA, no ano de 2011 no Brasil, a incidência foi de 11 a 19 casos para cada 100.000 pessoas.

década de 80, permanecendo em crescente ascensão até meados desta década, com declínio após a vigente crise econômica brasileira. A saúde Suplementar foi regulamentada por meio da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2000. A ANS promove a defesa do interesse público na assistência complementar de saúde, regula as operadoras e contribui para ações de saúde no Brasil (SILVA et al., 2013).

De acordo com dados fornecidos pela última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 70% dos brasileiros procuram serviço público por determinado problema de saúde e 30% possuem, pelo menos, um plano de saúde privado (IBGE, 2014). Portanto, pode-se afirmar que grande parcela da população brasileira utiliza o setor público do SUS para assistência à saúde. Entretanto, este setor padece com diversas lacunas na sua assistência, levando uma parcela da população a buscar alternativas para o acesso a saúde através de convênios e serviços privados de assistência à saúde (FRANCO, CAMPOS, 1998; GIOVANELLA et al., 2009; JUNQUEIRA et al., 2010; MALTA et al., 2011).

Sabe-se que a maior ou menor utilização de serviços de saúde resulta da interação do usuário (que procura cuidado em saúde) e dos profissionais (que o conduzem no interior do setor público ou privado). Pode-se dizer que, na atualidade, a oferta de serviços de saúde com qualidade, no setor público ou privado, é uma condição preexistente e não mais uma estratégia de diferenciação entre os serviços (MENDONÇA E GUERRA, 2007).

A satisfação com a qualidade dos serviços de saúde, no Brasil, tem sido discutida com maior ênfase a partir do século XX (RODRIGUES, RAIMUNDO, SILVA, 2010). Descrita por Linder-Pelz (1982), a satisfação do usuário é a expressão de uma atitude, uma resposta afetiva relacionada com a crença de que o serviço deve possuir certos atributos e, assim, é definida como a avaliação da pessoa acerca das distintas dimensões de um serviço de saúde. Sendo assim, a importância do reconhecimento das expectativas dos usuários é essencial para maior qualidade do serviço proposto.

Nas últimas décadas tem-se observado um crescente interesse por pesquisas relacionadas à qualidade dos serviços de saúde, adotando-se a satisfação do usuário em relação ao atendimento prestado como um importante indicador (FRANCO, CAMPOS, 1998; SZWARCOWALD, MENDONÇA, ANDRADE, 2006). Nesse sentido, a avaliação do usuário é de suma importância, pois através dela é ofertado suporte para reorganização dos serviços, melhoria na qualidade do serviço ofertado (BORDIN et al., 2017). Sabe-se que os determinantes da utilização dos serviços de saúde são relacionados a distintos fatores, entre eles: i) a necessidade em saúde; ii) os usuários; iii) os prestadores de serviços em saúde; iv) a organização e v) a política deste setor (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

De acordo com o exposto anteriormente, é que se orienta e se justifica o desenvolvimento desta dissertação, em que são levantados questionamentos com relação ao Sistema Suplementar de Saúde destinado ao cuidado de sujeitos com LC no município de Santa Maria: 1) sujeitos com LC têm garantia de cuidado especializado no sistema suplementar do município de Santa Maria/RS? 2) Quantos e quais são as características dos serviços e dos usuários com LC deste sistema? 3) Qual a satisfação dos usuários em relação aos serviços de reabilitação recebidos?

Certamente que tais questionamentos favoreceram conhecer as características estruturais dos serviços de saúde (especialmente, clínicas e consultórios) envolvidos no processo de reabilitação de sujeitos com LC e os planos e convênios de saúde mais usualmente cadastrados nas clínicas e consultórios; os processos de trabalho das clínicas e consultórios (por exemplo, se há ou não o cuidado interdisciplinar envolvendo as profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional).

O interesse por este tema de pesquisa deu-se após o conhecimento de outros estudos realizados no município de Santa Maria, entre 2015 e 2016. O estudo de Ponte (2015), dedicado à identificação e terapêutica reabilitadora de adultos em idade produtiva com LC identificou, no que tange ao cuidado especializado, restrito número de serviços públicos de reabilitação voltados às necessidades dos sujeitos com LC e o de Pommehren (2016), realizado em um hospital universitário, revelou elevado número de sujeitos com LC que, após alta hospitalar, continuaram necessitando de acompanhamento terapêutico em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. A partir destes estudos, suscitou-se o interesse em conhecer se os sujeitos que não recebiam acompanhamento terapêutico na rede pública estariam sendo acompanhados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em serviços do Sistema Suplementar de Saúde.

Visando dar conta dos vários aspectos envolvidos neste estudo e tendo em vista o seu caráter inédito no município, ele foi organizado em sete capítulos. Esta Introdução, o capítulo – Referencial Teórico – que aborda os temas fundamentais da pesquisa, a saber: Lesão Cerebral e suas sequelas, reabilitação (sujeitos com sequelas de LC), Reabilitação de sujeitos com sequelas de LC, Breve histórico do Sistema Suplementar de Saúde e Satisfação dos usuários de serviços de saúde.

O terceiro capítulo apresenta a Metodologia usada; trata dos princípios éticos da pesquisa com seres humanos e do delineamento do estudo (tipo, população, local, período e procedimentos/instrumentos de coleta de dados) e os seus princípios de análise.

No quarto capítulo – Resultados da Pesquisa – são apresentados dois artigos; o primeiro – Caracterização dos serviços de reabilitação e dos sujeitos com lesão cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho, e o segundo – Satisfação dos usuários com lesão cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho.

No quinto capítulo, faz-se a Discussão Geral dos Resultados obtidos; no sexto, apresenta-se a Conclusão do estudo e, no sétimo, as Referências Bibliográficas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Lesão Cerebral e suas sequelas

Grande parte das LC são resultantes de condições crônicas de saúde, dentre elas, as chamadas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT - (DUARTE; BARRETO, 2012), a saber: o Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica, Aterosclerose, entre outros (PITILIN et al., 2016). Tais agravos de saúde podem ser explicados pelas transições demográficas, epidemiológicas e pelo aumento da população idosa no Brasil, em que por vezes apresenta algum tipo de doença crônica e também certo grau de limitação funcional. Nota-se, nas últimas décadas, um aumento na sobrevivência dessa população, isto ocorre pelo fato da evolução do desenvolvimento tecnológico em saúde, bem como ações em saúde por meio de políticas e melhores condições de reabilitação (VERAS, 2009; COSTA et al., 2013).

As DCNT são caracterizadas por serem doenças multifatoriais que podem se desenvolver ao longo da vida, podendo haver longos períodos de latência. Alguns desses agravos de saúde têm etiologias incertas, no entanto, a maioria está associadas a fatores de risco, cujo principal tratamento envolvem mudanças no estilo de vida, em torno de um processo contínuo de cuidado (BRASIL, 2014).

Responsáveis por 60% das mortes no mundo, as DCNT são consideradas um grave problema de saúde pública; no Brasil compõem a principal causa de morte em adultos, têm um elevado gasto em serviços hospitalares e medicamentosos, com estimativa de 4,18 milhões por ano (MALTA et al., 2013; MALTA et al., 2014; PAULO et al., 2014).

Devido à gravidade das DCNT, em 2011, O Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que tem por objetivo estabelecer medidas de prevenção no que diz respeito ao controle dos fatores de risco: sedentarismo, alimentação inadequada, uso excessivo do tabaco e do álcool (BRASIL, 2011), pois, não ocorrendo a prevenção, tais doenças acarretam sérias repercussões na vida dos indivíduos, tal como as LC. Esta condição de sobrevivência, pelo que pode ser levantado por meio da literatura, ainda é pouco abordada no que se refere aos métodos e organização de serviços de saúde (sejam do sistema público ou suplementar) que respondam adequadamente às necessidades de reabilitação, apesar da existência de algumas iniciativas do MS [(cartilhas voltadas à prevenção de DCNT e promoção da saúde, assim como diretrizes para oferta de serviços voltados à reabilitação)] (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Com relação as DCNT de ordem vascular, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) configuram-se como a maior causa de LC. No Brasil é considerada a primeira causa de morte, a segunda no mundo, e sendo causa frequente de incapacidade em seus acometidos (OMS, 2006). Sabe-se que 80% dos casos de AVC são por alteração isquêmica (Acidente Vascular isquêmico – AVCi – devido a oclusão das artérias) e em 20% hemorrágica (Acidente Vascular hemorrágico – AVCh – rompimento de vaso arteriolar) (CECCATO, 2012).

Devido ao elevado número de casos de AVC no Brasil, na última década, conforme dito anteriormente, têm-se impulsionado a adoção de medidas para minimizar os riscos de AVC, entre elas estão a alimentação saudável, controle do peso, a extinção do tabagismo, diminuição do consumo de álcool e o estímulo a práticas de atividades físicas (BRASIL, 2006, BRASIL, 2011, FOEX; SEAR, 2014).

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) também é considerado um problema de saúde pública no Brasil; têm forte associação com a crescente violência urbana (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013). Em 2011, dados alarmantes indicaram 547.468 internações, sendo que 12.800 pessoas foram à óbitos e mais de 1 milhão de pessoas permaneceram com alguma sequela pós TCE (BRASIL, 2011; MOURA et al., 2011).

Os TCE podem ser classificados difusos (lesões microscópicas e associadas a disfunção do parênquima cerebral) e focais (lesões macroscópicas, limitadas a uma determinada área). Com relação ao grau da lesão podem ser classificadas como leve (déficit neurológico transitório), moderado (déficit neurológico focal) e grave (alteração do grau de consciência) (SILVA et al., 2017).

Além dos AVC e TCE, os tumores cerebrais, tipos de neoplasias menos frequentes, são também responsáveis por LC. O tratamento, bem como o prognóstico variam de acordo com a faixa etária, localização e tipo de tumor (benigno ou maligno). Um dos tratamentos mais recorrentes são as cirurgias ou ressecções completas, feitas no intuito de retirar a massa tumor, porém tal procedimento pode acarretar danos em zonas cerebrais, ocasionando sequelas ao sujeito (PEREIRA; MAIA, 2016).

As hipóxias cerebrais e as infecções cerebrais também formam a gama de agravos de saúde que levam a LC. As lesões decorrentes de hipóxias ocorrem devido a parada cardiorrespiratória (conhecida como síndrome pós parada cardiorrespiratória) – envolvendo um

complexo processo fisiopatológico³ de lesão por isquemia e reperfusão⁴. No Brasil, tem-se estimado 200 mil casos com taxa de sobrevivência que varia de 9,5%, em casos extra-hospitalar e 24,2% nos casos intra-hospitalar, sendo que 40% dos sujeitos permanecem com algum tipo de seqüela (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Convém destacar que as seqüelas de DCNT e de outros agravos de saúde que acometem o cérebro causam comprometimentos orgânicos e outros de natureza emocional, cognitiva e social, os quais requerem cuidados terapêuticos para além do medicamentoso. Ademais, os fatores de risco para LC (por exemplo, o estilo de vida) continuam existindo após o episódio lesional e, por isso, destaca-se a conveniência de existirem serviços de reabilitação que respondam à complexidade do cuidado de uma pessoa com LC (PONTE; FEDOSSE, 2015). Conforme já dito, as seqüelas relacionadas às LC podem resultar em comprometimentos sensitivos ou sensoriais, motores, de linguagem, cognitivos, comportamentais/emocionais (DUNKAN, PROPST, NELSON, 1983; CACHO, MELO, OLIVEIRA, 2004), os quais afetam as condições funcionais dos sujeitos, provocando limitações nas atividades de vida diária (AVD), no convívio social e nas condições econômicas dos sujeitos acometidos (SILVA et al., 2008; CRUZ, DIOGO, 2009), afetando, pois, a qualidade de vida dos sujeitos e também de seus familiares (PONTE; FEDOSSE, 2015).

Uma das possíveis seqüelas de uma LC são as afasias⁵ - danos na linguagem oral e escrita, podendo estar acompanhadas de outras alterações cognitivas, como dificuldades de percepção, memória e atenção (COUDRY, 2001; TEIVE; MUNHOZ; CARAMELLI, 2011; NOVAES-PINTO, 2012).

A afasia de Broca é causada por lesão na área de Broca que se localiza no giro frontal inferior do hemisfério cerebral esquerdo, com extensão para substância branca adjacente. É caracterizada pela não fluência da expressão verbal, em que as palavras são produzidas com algum esforço (articulação prejudicada). Os sujeitos com afasia de Broca também apresentam outras características, sendo: os agramatismos, dificuldade em nomeação, prejuízo na leitura e escrita, estes, frequentemente acompanhados por hemiplegias e apraxias. A afasia de Wernick

³ A falta de oxigenação cerebral resulta em baixa produção de adenosina trifosfato, perda da integridade das membranas celulares e liberação de glutamato para o meio extracelular, o que ativa os receptores de N-metil-D-Aspartato (NMDA), resultando na abertura de canais de cálcio. O aumento de cálcio intracelular promove excitotoxicidade (danos ou morte de células nervosas) (GEOCADIN et al., 2008).

⁴ Restauração do fluxo sanguíneo. No período de reperfusão, a excitotoxicidade pode ser reduzida pelo fornecimento de oxigênio como substrato para diversas reações enzimáticas (GEOCADIN et al., 2008).

⁵ As afasias podem ser classificadas de diferentes modos: Afasia de Broca ou Motora ou de Expressão; Afasia de Wernick ou Sensorial ou de Compreensão; Afasias Anteriores e Afasias Posteriores; Afasias Fluente e Não Fluente; Afasia de Condução; Afasia Anômica; Afasia Global; Afasia Transcortical Sensorial, Mista e Motora (TELES, 2016). Porém, a classificação mais usualmente utilizada, possivelmente por ser clássica, é a Afasia de Broca e a Afasia de Wernick (TEIVE; MUNHOZ; CARAMELLI, 2011).

é ocasionada por uma lesão na área de Wernike, no lobo temporal do hemisfério cerebral dominante; é caracterizada pela fluência verbal (não há problemas para articulação dos fonemas, das palavras isoladas ou em frases), porém há produção de palavras sem sentido, parafasias e neologismos abundantes, associadamente a dificuldades na compreensão da linguagem falada e/ou escrita (KAGAN; SALING, 1997; TEIVE; MUNHOZ; CARAMELLI, 2011).

As afasias, em geral, também são acompanhadas por alterações motoras como, por exemplo, hemiplegias (acometimentos em um hemicorpo) e quadriplegia (acometimento dos quatro segmentos corporais) (GOMES; NARDONI; LOPES; GODOY, 2006).

Uma hemiplegia é caracterizada pela fraqueza, ocasionando em uma diminuição do movimento. Manifesta-se inicialmente como um déficit de hipotonia, arreflexia e fraqueza muscular, podendo alternar pequenos intervalos até períodos de semanas ou meses, frequentemente acompanhado pelo retorno parcial da função ou pelo aumento de tônus muscular, caracterizado como hipertonia (GOMES; NARDONI; LOPES; GODOY, 2006; PERRY, 2005; DORNELAS, 2011; MOURA et al, 2012). Habitualmente, uma hemiplegia direita está associada à afasia de Broca. As hemiplegias ocasionam assimetria corporal devido à modificação na posição corporal em relação a força da gravidade, bem como à base de suporte. Tal assimetria dificulta a transferência de peso sobre o lado acometido tanto em situações dinâmicas (quanto ocorre movimento) como nas estáticas (sem ocorrência de movimento) (CHAGAS; TAVARES, 2001).

As limitações causadas pela quadriplegia são variadas, podendo comprometer a força muscular e as articulações, assim como podem ocorrer complicações respiratórias e circulatórias (LIZ, ARENT, NAZÁRIO, 2012; MACHADO, SCRAMIN, 2010; GRANADOS-CARRERA, 2014).

Desta forma, sujeitos acometidos por LC têm limitações funcionais que interferem em suas atividades cotidianas e, por isso, é de suma importância o acesso ao cuidado especializado de reabilitação no intuito de minimizar os efeitos das sequelas e melhorar a condição funcional do sujeito acometido. Tais sequelas se apresentam de formas distintas a cada sujeito, representando um desafio à equipe de reabilitação (CUNHA et al., 2002; PERES, ASANO, CARVALHAES, CESAR, 2011).

2.2 Reabilitação de sujeitos com sequelas de LC

As limitações ocasionadas pela perda de estrutura ou função corporal, levam o sujeito ao processo de reabilitação, com acompanhamento longitudinal, e, nesse sentido, do nosso ponto de vista, é indispensável a oportuna atuação das profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O processo de reabilitação de sujeitos com LC é de suma importância para que se consiga minimizar os comprometimentos impostos pela lesão e proporcionar uma melhor condição de vida ao sujeito (PONTE, 2015; POMMEHREN, 2016).

Convém dizer que tais profissões têm curta história se comparada à Medicina. Sabe-se que, no Brasil, a assistência médica foi incorporada como benefício a grupos de trabalhadores a partir de 1930 (CARVALHO; CECÍLIO, 2007) e que, somente em 1988 (com a promulgação da Constituição Federal), reconheceu-se a saúde como um direito social de todos os brasileiros e um dever do Estado, garantindo-se acesso universal e integral às ações e serviços de saúde a todas as áreas – Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional no país (BRASIL, 2009).

A Fisioterapia surgiu na Europa, na metade do século XIX, e no início do século XX (1929), no Brasil (São Paulo), já se ofertou o primeiro curso para técnicos. No entanto, somente foi reconhecida como curso superior em 1969, havendo, assim, condições para se regulamentar a atuação do fisioterapeuta por meio da Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. A esta época, criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais (CREFITO) com a função de legalizar e fiscalizar a atuação do fisioterapeuta (NAVES, BRICK, 2011).

Este profissional pode atuar em: Fisioterapia Clínica [(ambulatórios, clínicas, consultórios, centros de reabilitação e hospitais); em Saúde Coletiva (ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais, vigilância sanitária); na Educação (direção e coordenação de cursos, docência) e em Outras áreas (esporte e equipamentos de uso fisioterapêutico)] (COFFITO, 2017).

Pode-se dizer que o profissional fisioterapeuta surgiu com o intuito de reabilitar sujeitos com lesões físicas para retorno a vida produtiva (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999). Sua atuação está fortemente assentada na reabilitação, concentrada em clínicas e consultórios. Segundo Barreto e Rodrigues (2010), isto se deve à tendência de a formação superior valorizar o caráter individual, curativo e a utilização de uma gama de técnicas sofisticadas nas diferentes linhas reabilitadoras. Estudo realizado, em território nacional, revelou que na região Sul do país 71%

dos fisioterapeutas atuam na Atenção Secundária (clínicas, ambulatórios e consultórios), tendo-se uma proporção de 0,27 fisioterapeutas a cada 100.000 habitantes (COSTA et al., 2012).

No que se refere à Fonoaudiologia, sabe-se que sua origem, no Brasil, data da década de 20 do século XX. Neste período, surgem as primeiras práticas da área visando o controle da língua(gem), ou seja, surgem profissionais voltados à padronização e sistematização da língua e, gradativamente, estende-se ao tratamento de pessoas com patologias de linguagem (BERBERIAN, 2000; BACHA, OSÓRIO, 2004). O caráter reabilitador da profissão de fonoaudiólogo exigiu uma maior aproximação da área médica mesmo tendo nascido ligada a atividade pedagógica do professor (vinculada à educação). Pautado em práticas da Medicina, em 1960, iniciou-se o ensino a Fonoaudiologia no Brasil, buscando corrigir falhas existentes na linguagem, tomadas como meio de comunicação (BACHA, OSÓRIO, 2004).

A Fonoaudiologia não tem sua atuação assentada somente na linguagem; há diversas áreas de atuação, sendo elas: Audiologia; Disfagia; Fonoaudiologia Escolar/Educacional; Motricidade Orofacial; Saúde Coletiva; Voz; Fonoaudiologia Neurofuncional e Fonoaudiologia do Trabalho. Assim, o fonoaudiólogo pode atuar em consultórios, clínicas, hospitais, creches, escolas, prefeituras, veículos de comunicação, indústrias, centros auditivos, empresas, programas de saúde coletiva e de saúde mental (CREFONO, 2017).

Tanto a Fisioterapia quanto a Fonoaudiologia, desde os seus primórdios de atuação e da instituição de seus primeiros cursos, estiveram voltadas à reabilitação (processo curativo) através de recursos educativos (MARIANI et al., 2016). O mesmo pode ser afirmado com relação à Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional surgiu, no Brasil, no final do século XIX, adotando o paradigma da ocupação. A formação profissional foi efetivada a partir de 1950, também por meio de cursos técnicos. Em 1969, com o Decreto Lei nº 938, regulamentou-se a profissão como de nível superior. (PONTES, POLATAJKO, 2016).

As áreas de atuação da Terapia Ocupacional, assim como das demais profissões são diversas dentro do campo das ciências da saúde e social, em que o clínicas dia, consultórios, hospitais gerais, ambulatórios, sistemas prisionais, educação, órgãos de controle social, creches, escolas e empresas, são locais de atuação de tal profissão (COFFITO, 2017).

Há que se ressaltar que apesar de a origem das três profissões datarem do final do século XIX e início do XX, elas surgem formalmente, no Brasil, no período pós-Segunda Guerra Mundial, marcada pela predominância do modelo assistencial biomédico (SILVA, POELLNITZ, 2015; MOREIRA, MOTA, 2009).

Note-se que as profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional envolveram-se, historicamente, com a reabilitação de sujeitos com algum comprometimento que dificulta sua interação com outros e a sua autonomia. No caso de pessoas com LC, a reabilitação torna-se possível pela capacidade de o cérebro modificar-se funcionalmente em resposta às alterações do ambiente, recuperando as funções perdidas e/ou fortalecer funções similares (CANCELA, 2008; OLIVEIRA, SALINA, ANNUNCIATO, 2001). A atuação interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, composta, por exemplo, por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, possibilita melhores condições para se alcançar a recuperação/reabilitação do sujeito com LC (POMMEHREN, 2016).

Há concordância entre tais profissões de que, no caso de uma LC, o início do processo de reabilitação deve ser o mais cedo possível, tendo como principal objetivo a otimização das funções acometidas, através de procedimentos de reabilitação com equipe multiprofissional (BRASIL, 2013; CANCELA, 2008), respondendo aos princípios da integralidade e universalidade, preconizados pelo SUS (SHIN, TOLDRÁ, 2015).

Um processo de reabilitação pode ocorrer de modo unidisciplinar (cada profissional realiza estratégias terapêuticas específicas para cada alteração detectada, decorrente do tipo e localização da lesão), interdisciplinar (caracterizada pelas trocas e integração das entre as disciplinas) ou transdisciplinar (representa o que está entre, através e além das disciplinas com abordagem cultural, científica, espiritual e social, permitindo a interconexão dos conteúdos no auxílio para a unificação dos conhecimentos) (JAPIASSU, 1976; JAPIASSU, 2006).

O acesso aos serviços organizados multiprofissionalmente, com abordagem unidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, está previsto pelo SUS, porém, apesar dos avanços com relação a diversas áreas da atenção à saúde, pode-se dizer que ainda há escassez de serviços dedicados a pessoas com LC (PONTE, FEDOSSE, 2016), apesar da intensa demanda para reabilitação.

A propósito, dados do IBGE (BRASIL, 2013), referentes ao Brasil, revelaram 2.231 casos de AVC por 100 habitantes e 676 casos de TCE. Quanto ao Rio Grande do Sul, a mesmo inventário revelou a existência de 191 por 100 habitantes casos de AVC e de 11 casos TCE. Estudo local, realizado no período de um ano (2015-2016), em um hospital universitário, revelou 100 casos de TCE, 142 casos de AVC, sendo 93 por AVC hemorrágico⁶ e 49 por AVC isquêmico, 41 casos por tumor cerebral, e 21 casos de infecções cerebrais (POMMEHEREN,

⁶ O elevado número de AVC hemorrágico evidenciado neste estudo, pode estar relacionado aos cuidados de alta complexidade prestados no hospital onde foi realizada a pesquisa – uma instituição de saúde de referência regional e pública (POMMEHEREN, FEDOSSE, 2016).

2016). Esta demanda, certamente, não consegue ser absorvida pelo sistema público de saúde local.

No sentido acima, infere-se que muitas pessoas com LC não acessam os serviços públicos de reabilitação e uma parcela (possivelmente a que tem recursos financeiros) pode optar ao Sistema de Saúde Suplementar para devida assistência à saúde. A propósito, é sobre a organização deste sistema que se trata na seção seguinte.

2.3 Breve histórico do Sistema Suplementar de Saúde

O sistema de saúde brasileiro, conforme dito amiúde, está assentado na Constituição Federal de 1988 que estabelece saúde como direito de todo cidadão cabendo ao Estado o dever de cuidar de todos os tipos de assistência à saúde (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008). A Constituição também deixou livre à iniciativa privada a assistência à saúde, dando condições ao acesso em uma gama de serviços em saúde (CARVALHO, FORTES, GARRAFA, 2013). Com isso, o sistema de saúde do Brasil é dividido em Público e Privado.

Compete à gestão pública, às três esferas da federação, garantir acesso universal à saúde, através da oferta de serviços em rede própria de municípios e estados (ACIOLI, 2006). No sistema privado há uma divisão em dois subsetores: o da saúde suplementar e o liberal clássico. A saúde suplementar implica o pagamento para obter a assistência em serviços de saúde; consiste nos serviços financiados pelos planos/convênios e seguros de saúde, em que os prestadores de assistência são privados e credenciados aos planos/convênios e seguros de saúde. O sistema liberal clássico é composto por serviços autônomos de forma particular, com clientela própria em que os próprios profissionais de saúde estabelecem condições de atendimento e remuneração (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008).

O setor suplementar de saúde no Brasil é composto pelas empresas que operam planos de saúde, por prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde e pelos usuários dos serviços ofertados. Tais empresas organizam de distintas maneiras a compra e a venda de serviços, sendo elas: Autogestão, Medicina de Grupo, Seguradoras e Cooperativas (BRASIL, 2005).

A Autogestão é composta pelos planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, estabelecendo-se o segmento não comercial deste mercado. Configura-se como grupo heterogêneo onde encontram-se grandes indústrias, entidades sindicais, empresas públicas. As Medicinas de Grupo inicialmente constituídas pela categoria médica (maior parte

de médicos proprietários/acionistas de hospitais) criaram redes de credenciando a internações, laboratórios. As Seguradoras, vinculadas ou não a bancos, configuraram-se como a modalidade empresarial mais recente nesse mercado. As Cooperativas surgiram devido a iniciativa de médicos, tendo como argumentação para a criação a possível ameaça da perda de sua autonomia com relação à prática e mercantilização da medicina (MALTA, JORGE, 2008).

Segundo Pietrobom et al., (2008) e Brasil (2003), o processo de consolidação do setor suplementar de saúde deu-se após a revolução industrial, tendo iniciado a sua estruturação, no Brasil, momento em que surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) pertencentes aos trabalhadores urbanos que compravam a prestação de serviços em saúde.

Os referidos autores, explicam que nos anos 40, surgiram também as Caixas de Assistência como, por exemplo, a dos trabalhadores do Banco do Brasil (Cassi) que, dentre seus benefícios, tinham acesso a determinados serviços de saúde externos aos da previdência social. Na década de 50, passa a existir os sistemas assistenciais fornecidos por empresas estatais e multinacionais na prestação de assistência médica direta. Na década de 60, após a unificação dos IAP e formado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve crescimento significativo de trabalhadores que possuíam algum plano de saúde.

Nos anos 70, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) privilegiou ainda mais a compra de serviços no setor privado. Na década de 80, apesar do crescimento do movimento sanitário brasileiro, houve a manutenção e ampliação do setor suplementar de saúde. Somente 10 anos após a criação do SUS, na busca de estabelecer harmonia entre a políticas setoriais e a pública de saúde, foi então aprovada a Lei nº 9.656, de 28 de janeiro de 2000, referente aos planos e seguros privados de assistência à saúde, que também criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) com poder de regulação das operadoras de saúde (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008; FREITAS et al., 2011).

Anteriormente à criação da ANS, havia carência de regulação das operadoras de saúde, o que ocasionava diversos conflitos relacionados às restrições de coberturas de procedimentos assistenciais, exclusão de faixas etárias, reajustes abusivos de mensalidades, ausência de garantias aos consumidores dos planos e convênios de saúde (CARVALO, FORTES, GARRAFA, 2013).

Note-se que a ANS surge com o propósito de equacionar conflitos, regular, normatizar, controlar e, sobretudo, fiscalizar as atividades para garantir a assistência à saúde (BRASIL, 2003). A ANS está vinculada ao Ministério da Saúde sob regime especial e atua em todo o território nacional, desempenhando sua função reguladora (SALVATORI, VENTURA, 2012).

Do ano 2002 a 2010, a ANS publicou 243 Normas Regulatórias em que procura disciplinar as operadoras quanto ao registro, garantias contratuais e financeiras, cobertura assistencial ao consumidor (CARVALO, FORTES, GARRAFA, 2013).

Atualmente, com a crescente procura por operadoras de saúde, tem-se observado a tendência de estudos destinados à saúde suplementar, analisando as necessidades de saúde da população assistida neste setor, a prevalência de doenças, as condições econômicas de seus usuários, a qualidade dos serviços ofertados e, sobretudo, a satisfação dos usuários deste setor/sistema.

2.4 Satisfação dos usuários de serviços de saúde

A avaliação de satisfação de usuários de serviços de saúde tem sido referida em larga escala pela literatura internacional, ganhando destaque na década de 70 nos Estados Unidos da América do Norte e na Inglaterra. No Brasil, os estudos progrediram na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006; TURRIS, 2005; LINDER-PELZ, 1982). A incorporação da escuta do usuário em relação a avaliação do serviço, tem sido valorizada por constituir um parâmetro sensível da qualidade do serviço e também a adequação no uso do serviço de saúde (ESPERIDIÃO, TRAD, 2005).

A satisfação relacionada à saúde, é definida no estudo de Carvalho et al. (2007) como as avaliações positivas do usuário a respeito de um serviço de saúde. No exposto por Donabedian (1990), a satisfação diz respeito a medida de resultado da interação entre o usuário e o profissional de saúde. Expressa também a capacidade em relação aos serviços em atender as necessidades e as expectativas dos usuários associadas a suas crenças, e conhecimentos, os quais afetam a aceitação e assiduidade no serviço de saúde (ARRUDA, BOSSI, 2017). Considera-se que a ideia de satisfação define o usuário como sujeito de práticas, colocando-o em lugar de poder de valorização de atributos considerados importantes para o cuidado (COMES et al., 2016).

A discussão sobre qualidade dos serviços de saúde é de fundamental importância nos dias atuais. Nos estudos nacionais e internacionais, é possível evidenciar que a satisfação do usuário é considerada um dos elementos efetivos na avaliação da qualidade dos serviços de saúde (ARRUDA, BOSSI, 2017).

O conceito de qualidade em serviços de saúde tem sido utilizado, por Starfield (2004), como grau de satisfação do usuário com relação aos serviços, com os custos da atenção à saúde, segurança e compatibilidade dos serviços, habilidade da equipe de saúde em contribuir para melhoria dos serviços prestados.

Tal avaliação em saúde fundamenta-se em seis premissas: eficiência, estrutura, processo, resultado, acesso e satisfação dos usuários frente ao serviço ofertado, tornando-se fundamental parte no planejamento e gestão do sistema de saúde (MENDONÇA, GUERRA, 2007; BRASIL, 2014).

A percepção dos usuários tem sido amplamente utilizada no âmbito da avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. Considera-se que essa percepção é influenciada pela expectativa em relação ao atendimento proposto e se dá por quatro dimensões: i) subjetividade individual; ii) rede de relações instituídas; iii) cultura e iv) experiência vivida (GOUVEIA et al., 2011; SENARATH, FERNANDO, RODRIGO, 2006; VAITSMAN et al., 2003). Mendonça e Guerra (2007), explicam, ainda, que a satisfação dos usuários em saúde, pode ser influenciada por características sociodemográficas, econômicas, renda familiar, nível educacional e sexo.

Na literatura, observa-se uma variabilidade na mensuração da satisfação dos usuários, nota-se, que maioria dos estudos adota metodologias quantitativas e qualitativas, porém, não há articulação entre as apreciações dos autores (ESPERIDIÃO, TRAD, 2005; BORDIN et al., 2017).

Existem instrumentos para auxiliar na avaliação da satisfação do usuário em relação à assistência recebida, os quais consideram o sujeito atendido em saúde como um consumidor. A avaliação dos serviços pode ser por meio de conversas, entrevistas via telefone e presenciais (estruturadas ou semiestruturadas), aplicação de questionários, análise de documentos, entre outros (MENDONÇA, GUERRA, 2007).

Além disso, a relação interpessoal, o ambiente físico e a atenção do profissional são considerados elementos importantes, para estimar a satisfação na qualidade do serviço (BACTHELOR, OWENS, BLOOR, 1994; MENDONÇA, GUERRA, 2007). A dimensão subjetiva do usuário é reconhecida e valorizada, por uma questão ética, visto que ele é um interlocutor que pode avaliar, ser um agente social de mudanças possíveis (TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004).

A responsabilidade dos estabelecimentos de saúde em conhecer a satisfação dos seus usuários está em ascensão nos últimos anos, devido ao aumento da demanda dos usuários junto aos estabelecimentos. Nesse sentido, é de extrema relevância determinar níveis de qualidade

em serviços de saúde, dada à complexidade e particularidade de cada estabelecimento de saúde (SANTOS, SARDINHA, SANTOS, 2017).

Com a garantia da qualidade do atendimento, é possível que os profissionais de saúde cumpram com a missão de produzir bons serviços e promover a qualidade de vida dos usuários (SANTOS, SARDINHA, SANTOS, 2017). Com isso, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa é de cunho descritivo e exploratório com análise quantitativa e qualitativa.

Convém ressaltar que as pesquisas descritivas se ocupam de discussões relacionadas às características de um determinado fato e/ou população. Segundo Gil (2007), nesta categoria são incluídas as pesquisas que se utilizam de questionários para coleta de informações. Pesquisas descritivas podem ser mais amplas e completas, exigem formulação clara dos problemas/questões da pesquisa e das hipóteses (CERVO, BERVIAN, 2002). Neste sentido, o instrumento utilizado para caracterizar os participantes, sendo ele, a entrevista semiestruturada torna-se compatível com essa pesquisa.

Uma pesquisa exploratória, por sua vez, tem por objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Tem seu planejamento flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relacionados ao fato estudado (GIL, 2007). Assim, o questionário de satisfação dos usuários, bem como, o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB são compatíveis com esse tipo de pesquisa.

No que se refere à abordagem quantitativa, tem-se a possibilidade de coletar informações e de tratá-las por meio de técnicas estatísticas, das mais simples, às mais complexas (RICHARDSON, 1999). Quanto às pesquisas qualitativas, pode-se dizer que, por meio delas, evidenciam-se aspectos subjetivos, à medida que se realizam discussões e análises de situações, acontecimentos e opiniões possíveis de serem apresentadas no formato de textos corridos (MICHEL, 2009).

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referentes a pesquisas que envolvem seres humanos; portanto, garantiu proteção dos direitos e compromissos de todos os envolvidos na pesquisa (pesquisadores e pesquisados). Convém ressaltar que esta pesquisa foi registrada no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (GAP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), posteriormente mediante Carta de Apresentação (Apêndice A), assinada pela coordenadora da pesquisa Prof^ª. Dra. Elenir Fedosse, deu-se a visitação nas clínicas e consultórios do município de Santa Maria/RS, com o objetivo de obter autorização por parte dos gestores. Após o recolhimento das assinaturas dos gestores, a pesquisa foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta Universidade, sendo aprovado sob nº. 1.812.222. (ANEXO A)

Somente após tal aprovação, iniciou-se a coleta dos dados mediante assinatura do TCLE (Apêndice B), quando as sequelas apresentadas pelos sujeitos limitaram o uso da mão dominante para a realização da assinatura, bem como caso de analfabetismo, foi solicitada a impressão do polegar.

Os TCLE foram impressos em duas vias, uma delas permanecendo com as pesquisadoras e a outra com o participante. Os TCLE incluíram explicações a respeito dos objetivos e metodologia utilizada, em que foram apresentados também os riscos e benefícios aos quais os sujeitos estariam expostos durante o período de coleta dos dados.

Entre os riscos, destacaram-se os constrangimentos e cansaço ao responder os questionamentos. Nesse caso, e por qualquer outro motivo, foi esclarecido que os sujeitos teriam total liberdade para abandonarem a pesquisa, seja em qualquer momento dela. Foi esclarecido também, que sua participação na pesquisa não geraria ônus para os mesmos, tampouco os remuneraria.

Quanto aos benefícios, foi relatado que a pesquisa identificaria, discutiria e divulgaria a satisfação dos participantes em relação aos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional ofertados.

Também foi assegurado que a pesquisadora Mithielle de Araujo Machado e sua orientadora Prof^ª Dra Elenir Fedosse estariam disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, em qualquer momento da pesquisa.

Ressalta-se, que os nomes dos sujeitos e dos serviços de saúde participantes da pesquisa foram e serão mantidos em sigilo, para assim preservar suas identidades. Assim, foram mencionados por sujeito e/ou serviço 1,2,3 etc. Os dados obtidos foram e serão utilizados

somente para fins desta dissertação e produção de artigos relacionados (Termo de Confidencialidade – Apêndice C).

Após o tratamento dos dados, os documentos impressos foram recolhidos e colocados em envelopes lacrados e encontram-se alocados em armário chaveado, sob responsabilidade da Profa Elenir Fedosse; após o período de cinco anos os documentos serão incinerados e os computadores formatados.

3.3 AMOSTRA

A amostra da pesquisa foi estabelecida a partir da busca pelos serviços de saúde, através de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para isso, primeiramente, foi acessado o site do DATASUS, onde foi selecionado o link CNES (nova versão) e, a partir deste, foram pesquisados os diferentes serviços “Fisioterapia”, “Fonoaudiologia” e “Terapia Ocupacional”, a fim de obter o número total de estabelecimentos de saúde cadastrados (nas referidas áreas), no município de Santa Maria - RS.

Ressalta-se que o CNES gera o número do estabelecimento de saúde e fornece inúmeros dados, dentre eles: 1) nome da empresa, 2) natureza jurídica, 3) endereço, 3) tipo de gestão, assim como 4) as datas do cadastramento e 5) da última atualização dos dados, 6) o horário de funcionamento, 7) a estrutura física (internet e telefonia fixa), 8) o tipo e 9) a complexidade da atividade desenvolvida no estabelecimento. Além dessas informações, o CNES fornece: 10) o tipo de atendimento prestado, 11) os convênios estabelecidos, 12) o fluxo da clientela, 13) os equipamentos terapêuticos disponíveis, 14) o tratamento dispensado aos resíduos gerados e 15) o vínculo do estabelecimento com cooperativas. Dados sobre 16) os profissionais atuantes no local, 17) as habilitações concedidas, 18) as regras contratuais e 19) os contratos de gestão também são possíveis de serem levantados no CNES.

Para responder aos objetivos desta pesquisa, os dados utilizados foram: 1) o endereço do estabelecimento, 2) o número do telefone do serviço cadastrado no site, 3) a última atualização (de modo, a saber, se estava ativo ou não no CNES), 4) o tipo (a especialidade) de atendimento prestado e 5) os convênios estabelecidos.

Destaca-se que a consulta ao CNES revelou que, no município de Santa Maria, havia 53 serviços/estabelecimentos (clínicas e consultórios) de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e que mantinham planos e/ou convênios de saúde, sendo que 50 estavam com registro ativo, no momento da consulta.

Posteriormente à etapa de identificação dos serviços/estabelecimentos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, entrou-se em contato telefônico com os gestores de cada uma das 50 clínicas e/ou consultórios, informando-os sobre os objetivos da pesquisa e consultando-os se os serviços gerenciados por eles mantinham adultos com LC em acompanhamento terapêutico. Os contatos telefônicos foram efetuados no horário de funcionamento do serviço, disponível no CNES, e, caso o gestor tivesse interesse em obter maiores detalhes sobre a pesquisa, a pesquisadora colocava-se à disposição para explana-la em sua totalidade, por meio do agendamento de horário.

Seguindo este procedimento, obteve-se a informação de que apenas oito clínicas e/ou consultórios acompanhavam adultos com LC. Porém, no momento da coleta de dados, somente seis serviços tinham sujeitos com LC em atendimento. Convém dizer que os gestores dos dois serviços que prestavam atendimento a adultos com LC, mas que não os tinham, no período em que foram contatados, comprometeram-se a participar da pesquisa, de modo a comunicar as pesquisadoras, caso ocorresse a entrada de sujeitos com LC em seus serviços. Mas, isso não ocorreu e, portanto, a pesquisa contou com apenas os sujeitos com LC de seis serviços mencionados anteriormente

Um fato muito importante de se destacar é o de que o CEP da UFSM aprovou a pesquisa somente após a realização dos procedimentos acima descritos, ou seja, mediante a Carta de Autorização Institucional (APENDICE D).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos, neste estudo, sujeitos acometidos por LC, com idade igual ou superior a 18 anos, em atendimento de reabilitação nos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional com convênios/planos de saúde e que, conforme descrito na seção anterior, indicaram os sujeitos com LC.

Foram excluídos os sujeitos com LC que não se encaixavam nos critérios anteriormente descritos (crianças e adolescentes, assim como idosos).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSM).

Cabe ressaltar que o primeiro contato com os sujeitos com LC foi realizado nas dependências dos serviços de saúde, por intermédio do terapeuta de referência do sujeito.

No momento do convite aos sujeitos com LC foi esclarecido que a coleta de dados seria realizada em outro dia e local, sugeridos por eles. Assim, foi combinado, entre pesquisadora e sujeitos, que a coleta seria realizada na clínica/consultório, no mesmo dia atendimento, após a sessão de terapia, visto que, desta forma, não seria necessário o sujeito deslocar-se de casa apenas para participar da pesquisa, tampouco modificaria a rotina doméstica com a visita da pesquisadora.

Esclareceu-se, também, que eles responderiam a dois questionários – Questionário de Satisfação dos Usuários (ANEXO B), Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ANEXO C) e a uma entrevista semiestruturada, especialmente desenvolvida para o desenvolvimento desta pesquisa (Apêndice E).

Antes de iniciar a aplicação dos questionários e realizar a entrevista, os sujeitos com LC leram o TCLE ou ouviram sua leitura, sendo explicado cada ponto do documento, de modo a esclarecer todas as possíveis dúvidas sobre a pesquisa.

A aplicação dos instrumentos da pesquisa ocorreu, portanto, nas dependências dos estabelecimentos de saúde, em espaços definidos pelos gestores (sala de espera vazia ou sala de atendimento). Neste sentido, os sujeitos responderam aos questionamentos e entrevista separadamente do seu terapeuta ou de qualquer pessoa relacionada a equipe do serviço de saúde, evitando-se, assim, constrangimentos ou incômodos com a presença de terceiros no local. A coleta dos dados dos sujeitos com LC durou aproximadamente 30 minutos.

A entrevista semiestruturada (Apêndice E) foi desenvolvida pelas pesquisadoras, conforme dito anteriormente, única e exclusivamente para esta pesquisa, levantando-se os seguintes dados: sexo; idade; escolaridade; estado civil; plano/convênio de saúde; bairro que reside; anteriores problema de saúde; problemas de saúde atual; uso de medicamentos; diagnóstico neurológico; data do episódio neurológico; quais acompanhamentos/atendimentos especializados recebidos e quantas vezes na semana; quanto tempo utiliza o plano/convênio de saúde e quais os motivos para utilizá-lo; se o plano/convênio cobre integralmente os atendimentos que recebe; como avalia o processo de recuperação da LC a partir dos acompanhamentos/atendimentos recebidos; se foi indicado pelos profissionais que o atendem outros tipos de acompanhamentos/atendimentos além do já realizado e, por fim, se acha necessário outros tipos de acompanhamentos/atendimentos.

Os dados socioeconômicos dos usuários foram obtidos através do instrumento - Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ANEXO C), descrito pela Associação Brasileira

de Empresas de Pesquisa (ABEP), sendo, pois, possível analisar o nível socioeconômico (A, B1, B2, C1, C2 e D-E) e potencial de consumo dos sujeitos com LC. Este instrumento permite estratificar a população em seis classes econômicas, baseada em suas respostas em questionamentos referentes à posse de bens, presença de empregada mensalista e grau de instrução do chefe da família. A classificação é dada em pontos e permite uma inferência sobre a renda média domiciliar: classe A - R\$ 20.271, 56; classe B1 - R\$ 8.695, 88; classe B2 – R\$ 4.427,36; classe C1 - R\$ 2.409,01; classe C2 – R\$ 1.446,24 e classe D-E R\$ 639,78.

Quanto ao Questionário de Satisfação dos Usuários (ANEXO B), foi utilizado por ser constituído por itens que podem revelar a satisfação dos usuários quanto à agilidade no agendamento e no atendimento; acolhimento; confiança e ambiente dos serviços de saúde, por exemplo. Convém esclarecer que, o referido Questionário faz parte do instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS⁷, versão 2015, que consiste em um conjunto de três instrumentos: i) Roteiro de Itens de Verificação; ii) Questionário dirigido aos usuários; iii) Conjunto de indicadores. A escolha por esse instrumento deu-se pelo fato do mesmo ser desenvolvido e utilizado pelo Ministério da Saúde, e por abranger diversos setores de assistência à saúde, inclusive os de reabilitação, envolvidos nesta pesquisa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos, deste estudo, foram realizados sobre as informações levantadas, principalmente, por meio dos questionários, sendo as informações levantadas armazenadas em documento do Microsoft Office Excel 2010 e, posteriormente, analisados através de análise descritiva (média e porcentagem) e Teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*, processados pelo programa Software *Statistitic 9.1*.

As análises dos dados qualitativos (levantados principalmente por meio da entrevista) seguiu os princípios da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004), seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados e, assim, podendo-se entender como os sujeitos com LC, participantes deste estudo, compreendem os aspectos relacionados às condições de saúde e assistência recebidas. Este método de análise, caracterizado por um

⁷ O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) é originário do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de 1998. No ano de 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Departamento Nacional de Autoria do SUS (DENASUS) ampliou o PNASH, possibilitando dessa forma, a avaliação com maior abrangência dos estabelecimentos de cuidado especializado, dando origem ao PNASS (BRASIL, 2015).

conjunto de instrumentos aplicados em discursos dos mais variados tipos, possibilita conhecer conteúdos latentes daquilo que se pesquisa (BARDIN, 2004).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO – Caracterização dos serviços de reabilitação e dos sujeitos com Lesão Cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho

Characterization of rehabilitation services and subjects with Brain Injury assisted by Supplementary Health System of a municipality in the state of Rio Grande do Sul

Mithielle de Araujo Machado¹, Elenir Fedosse²

(1) Fisioterapeuta, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Especialista.

(2) Fonoaudióloga, Docente do Curso de Fonoaudiologia e do Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Doutora.

Mithielle de Araujo Machado. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. E-mail – mithifisio2014@gmail.com

Conflito de interesse: nada a declarar

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

4.1.1 RESUMO

Objetivos: Caracterizar serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que compõem o Sistema Suplementar de Saúde de um município gaúcho que atendem adultos com Lesão Cerebral, além de caracterizar esses sujeitos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, envolvendo sujeitos de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 18 anos, acompanhados em serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional, da Rede Suplementar de Saúde. A busca pelos serviços deu-se por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e ocorreu entre novembro e dezembro de 2016; a coleta dos dados, junto aos sujeitos, ocorreu de janeiro e abril de 2017, foi realizada por meio de aplicação de entrevista semiestruturada e do instrumento Critério de Classificação Econômica Brasil. **Resultados:** Dos 53 serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional existentes, três foram excluídos por estarem inativos; dos 50 restantes, 31 (62%) prestavam atendimento exclusivamente em Fisioterapia, 14 (28%) exclusivos em Fonoaudiologia, quatro (8%) prestavam atendimento em Fisioterapia e Fonoaudiologia e um (2%) atendia as três áreas; porém, apenas 11 (22%), prestavam reabilitação neurológica a adultos. Quanto aos sujeitos, contou-se com nove, a maioria do sexo masculino (88,89%) da cor branca (77,78%), com média de idade de 56,3 anos. Os Acidentes Vasculares Cerebrais isquêmicos (55,56%) predominaram; seguidos dos Traumatismos Crânios Encefálicos (22,22%). **Conclusão:** A atual oferta de serviços em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, na Rede Suplementar de Saúde do município, mostrou-se restrita, sobretudo, se considerar que sujeitos com Lesão Cerebral necessitam de cuidado integral nos processos de reabilitação.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional; Lesões Encefálicas; Reabilitação; Adulto.

4.1.2 ABSTRACT

Objectives: To characterize Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy services that are part of Health Supplementary System of a municipality in the state of Rio Grande do Sul that assists adults with brain injury, as well as to characterize these subjects assisted. **Methodology:** This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach involving subjects of both sexes, aged greater than or equal to 18 years, assisted by Physiotherapy, Speech Therapy and/or Occupational Therapy services offered by Supplementary Health System. The search for health services occurred through the National Health Establishments Registration between November and December 2016; data collection with subjects occurred in January and April 2017, and has been conducted through the application of a semi-structured interview and the Brazilian Economic Classification Criteria. **Results:** Of the 53 Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy services existing, three were excluded because they were inactive; of the remaining 50, 31 (62%) provided care exclusively in Physiotherapy, 14 (28%) exclusively in Speech Therapy, four (8%) provided care in Physiotherapy and Speech Therapy and one (2%) attended all three areas; however, only 11 (22%) provided neurological rehabilitation to adults. The subjects participating in the research were nine, the majority male (88.89%), white (77.78%) and with a mean age of 56.3 years. The ischemic cerebral vascular accidents (55.56%) predominated, followed by Traumatic Brain Injury (22.22%). **Conclusion:** The current offer of services in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy in the Supplementary Health System is restricted, especially considering that subjects with brain injury require comprehensive care in rehabilitation processes.

Keywords: Supplementary Health System; Physiotherapy; Speech Therapy; Occupational Therapy; Encephalic Lesions; Rehabilitation; Adult.

4.1.3 INTRODUÇÃO

As Lesões Cerebrais (LC) são desordens que acometem o cérebro; entre as mais comuns estão os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), Tumores e Anóxias Cerebrais¹. Sabe-se que as etiologias e as manifestações das funções comprometidas apresentam-se e evoluem de acordo com a extensão e a localização da lesão^{2,3} e, ainda, com a singularidade dos sujeitos⁴.

As sequelas de uma LC podem se apresentar como alterações sensitivas, motoras, cognitivas e emocionais/comportamentais^{5,6,7}, as quais podem provocar limitações na realização das atividades de vida diária (AVD) do sujeito acometido, bem como no seu convívio social⁸.

Dessa forma, sujeitos acometidos por LC requerem especiais cuidados em saúde (atenção profissional especializada)⁹, principalmente, nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, fundamentais na produção de uma vida digna pós-lesão neurológica. A propósito, no Brasil, nem sempre, o acesso e a assistência à saúde foram considerados direito das pessoas; somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal¹⁰, foi que se reconheceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (setor público), prevendo-se, assim, o acesso universal e integral às ações e serviços de saúde, em toda e qualquer situação, conforme previsto pelo Sistema Único de Saúde - SUS¹¹.

Sabe-se que o setor público brasileiro tem escassez de recursos materiais e humanos, fato que, muitas vezes, leva uma parcela da população a contratar serviços privados em saúde (integrantes do Sistema de Saúde Suplementar), por meio de planos e convênios, como uma alternativa para obter a assistência conveniente às suas necessidades de saúde^{12,13,14,15}. O Sistema de Saúde Suplementar é composto por ações e serviços prestados pela iniciativa privada que, de acordo com os princípios constitucionais¹⁰ e do SUS¹¹, pode prestar assistência à saúde de forma complementar ao sistema público¹⁶.

Estudo local¹⁷ sobre as condições de saúde e qualidade de vida de adultos (em idade produtiva) com LC, realizado no ano de 2015, identificou restrito número de serviços públicos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, dedicados a essa população. Um agravante a tal situação foi identificado em outro estudo local, finalizado em 2016, sobre o quantitativo de sujeitos internados, em um Hospital Universitário, entre 2015 e 2016, por problemas decorrentes de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio Encefálicos, entre outras causas de LC¹⁸. O referido estudo identificou elevado número de sujeitos sobreviventes a LC, demonstrando que necessitariam, entre outros cuidados de saúde, de acompanhamento terapêutico em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

A partir, dos estudos acima referidos e, conforme já indicado, do reconhecimento de que sujeitos com LC necessitam, sobremaneira, de cuidados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional⁵⁻⁹, desenvolveu-se o interesse em saber se os sujeitos com LC estavam (ou não) sendo acompanhados no Sistema Suplementar de Saúde do município.

No sentido acima, o presente estudo teve por objetivo caracterizar os estabelecimentos/serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que

compõem o Sistema Suplementar de Saúde de um município do interior gaúcho e que atendem adultos com LC, assim como caracterizar os sujeitos atendidos.

4.1.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob parecer nº 1.812.222, tendo, portanto, seguido as diretrizes e os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas que envolvem seres humanos.

A coleta dos dados deu-se mediante assinatura do TCLE pelos participantes do presente estudo. Antes, porém, foi realizada uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), visando identificar os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional integrantes do Sistema Suplementar do Município.

Após o levantamento no CNES, identificou-se quais estabelecimentos tinham cadastro ativo e, assim, foi realizado contato telefônico com cada serviço, a fim de conhecer se o estabelecimento (clínicas ou consultórios) prestavam acompanhamento terapêutico em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional a adultos com LC, particularmente e/ou por meio de planos e convênios de saúde. Àqueles que se incluíam nos referidos critérios, foi solicitado agendamento de um horário com seu respectivo gestor, com o intuito de explicar sobre os objetivos da pesquisa e, conseqüentemente, obter a indicação dos sujeitos com LC. Esta etapa ocorreu entre novembro e dezembro de 2016.

Após o levantamento do número de sujeitos com LC que realizavam atendimento nos serviços foi, então, realizado contato com os mesmos – via profissional de referência, indicado pelo gestor – e, posteriormente, realizada uma entrevista semiestruturada (especialmente desenvolvida para a presente pesquisa) e aplicação do Questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de empresas de pesquisa (ABEP).

A entrevista semiestruturada continha questões relativas à: sexo; idade; escolaridade; estado civil; plano/convênio de saúde; bairro que reside; anteriores problema de saúde; problemas de saúde atual; uso de medicamentos; diagnóstico neurológico; data do episódio neurológico; quais acompanhamentos/atendimentos especializados recebidos e quantas vezes na semana; quanto tempo utiliza o plano/convênio de saúde e quais os motivos para utilizá-lo; se o plano/convênio cobre integralmente os atendimentos que recebe; como avalia o processo de recuperação da LC a partir dos acompanhamentos/atendimentos recebidos; se foi indicado pelos profissionais que o atendem outros tipos de acompanhamentos/atendimentos além do já realizado e, por fim, se acha necessário outros tipos de acompanhamentos/atendimentos. O CCEB foi utilizado por possibilitar a análise do nível socioeconômico e o potencial de consumo dos sujeitos pesquisados, inferindo-se sobre a renda média domiciliar.

A coleta dos dados junto aos adultos com LC ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2017, nas dependências das clínicas ou consultórios, em sala reservada (os sujeitos com LC responderam aos questionamentos separadamente do seu terapeuta ou de qualquer pessoa relacionada à equipe do serviço).

Para o tratamento dos dados, realizou-se análise descritiva (média e porcentagem) e o Teste de Coeficiente de *Correlação de Spearman*, utilizando o

Software Statistica 9.1. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo - um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações¹⁹.

4.1.5 RESULTADOS

Dos 53 serviços de saúde, três não estavam com registro ativo no CNES, dessa forma foram excluídos de entrada, restando 50 serviços a serem abordados. Destes, obtiveram-se informações, as quais estão apresentados nos Quadros 1, 2 e 3. Nestes também estão identificados se os serviços prestavam ou não atendimentos a adultos com LC, bem como se colaboraram ou não indicando sujeitos participantes desta pesquisa. Ressalta-se que a apresentação dos dados representa a ordem de busca pelos serviços e, em negrito, aqueles que efetivamente colaboraram com esta pesquisa.

Quadro 1 – Identificação dos serviços de Fisioterapia da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não Reabilitação Neurológica junto a Adultos com Lesão Cerebral (n=31)

Serviço	Atendimento Neurológico a Adultos com LC	Atendimento a Outras especialidades	Participante da pesquisa
CFT-1	Não	Sim	Não
CFT-2	Sim	Sim	Sim
CFT-3	Não	Sim	Não
CFT-4	Não	Sim	Não
CFT-5	Sim	Sim	Sim
CFT-6	Não	Sim	Não
CFT-7	Não	Sim	Não
CFT-8	Não	Sim	Não
CFT-9	Não	Sim	Não
CFT-10	Não	Sim	Não
CFT-11	Não	Sim	Não
CFT-12	Não	Sim	Não
CFT-13	Não	Sim	Não
CFT-14	Não	Sim	Não
CFT-15	Sim	Sim	Não
CFT-16	Sim	Sim	Sim
CFT-17	Não	Sim	Não
CFT-18	Não	Sim	Não

CFT-19	Não	Sim	Não
CFT-20	Sim	Sim	Sim
CFT-21	Não	Sim	Não
CFT-22	Sim	Sim	Não
CFT-23	Não	Sim	Não
CFT-24	Não	Sim	Não
CFT-25	Não	Sim	Não
CFT-26	Não	Sim	Não
CFT-27	Não	Sim	Não
CFT-28	Não	Sim	Não
CFT-29	Não	Sim	Não
CFT-30	Sim	Sim	Sim
CFT-31	Sim	Sim	Sim

Legenda – CFT – Clínica de Fisioterapia

Quadro 2 – Identificação dos serviços de Fonoaudiologia da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não Reabilitação Neurológica junto a Adultos com Lesão Cerebral (n=14)

Serviço	Atendimento Neurológico a Adultos com LC	Atendimento a Outras especialidades	Participante da pesquisa
CFO-1	Não	Sim	Não
CFO-2	Não	Sim	Não
CFO-3	Não	Sim	Não
CFO-4	Sim	Sim	Não
CFO-5	Não	Sim	Não
CFO-6	Sim	Sim	Sim
CFO-7	Não	Sim	Não
CFO-8	Não	Sim	Não
CFO-9	Não	Sim	Não
CFO-10	Não	Sim	Não
CFO-11	Não	Sim	Não
CFO-12	Não	Sim	Não
CFO-13	Não	Sim	Não
CFO-14	Não	Sim	Não

Legenda – CFO- Clínica de Fonoaudiologia

Quadro 3 – Identificação dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Rede Suplementar de Saúde do município e indicação se realizam ou não Reabilitação Neurológica junto a Adultos com Lesão Cerebral (n=5)

Serviço	Atendimento Neurológico a Adultos com LC	Atendimento a Outras especialidades	Participante da pesquisa
CFT+CFO-1	Não	Sim	Não
CFT+CFO-2	Não	Sim	Não
CFT+CFO-3	Sim	Sim	Sim
CFT+CFO-4	Não	Sim	Não
CFT+CFO+CTO-1	Não	Sim	Não

Legenda CFT - Clínica de Fisioterapia; CFO - Clínica de Fonoaudiologia e CTO - Clínica de Terapia Ocupacional

Dos 50 serviços, quatro (8%) o número telefônico era inexistente, um (2%) serviço não atendia mais planos e convênios de saúde, três (6%) não aceitaram participar da pesquisa e três (6%) realizavam atendimento neurológico destinado ao público infantil, assim, restando 39 (78%) serviços.

Desses 39 serviços, apenas 11 (28,20%) prestavam atendimento em neurologia à adultos, e 28 (71,8%) atendiam outras especialidades, como: Traumatologia e Ortopedia, Reeducação Postural Global (RPG), Pilates, Audiologia e Linguagem no cuidado infantil. Cabe ressaltar, que desses 28 serviços que atendem outras especialidades, sete deles informaram não prestar atendimento na clínica/consultório, mas que o disponibilizava no âmbito domiciliar; sete não disponibilizavam atendimento apenas porque não recebia demanda de atendimento, mas que disponibilizava de profissionais com habilitação para tal tipo de atendimento.

No que se refere à caracterização sociodemográfica e econômica dos adultos com LC, participantes desta pesquisa, os resultados estão apresentados na **Tabela 1**. A média de idade dos sujeitos foi de 56,3 anos.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e econômica dos adultos com LC

Sujeito	Sexo	Idade (anos)	Raça	Estado Civil	Escolaridade	Classe Econômica
S1	M	37	B	C	E.S.C	A
S2	M	54	B	C	E.S.C	B2
S3	F	65	B	C	E.M.C	B1
S4	M	38	B	S	E.F.I	C2
S5	M	60	N	D	E.M.C	B2
S6	M	73	N	C	E.F.C	B2

S7	M	40	B	S	E.F.I	B2
S8	M	77	B	C	E.F.I	B2
S9	M	63	B	C	E.F.I	B2

Legenda: M: Masculino; F: Feminino; B: Branco; N: Negro; C: Casado; S: Solteiro; D: Divorciado; E.S.C: Ensino Superior Completo; E.M.C: Ensino Médio Completo; E.F.I: Ensino Fundamental Incompleto; E.F.C: Ensino Fundamental Completo.

Note-se que seis (66,67%) sujeitos pertenciam à Classe B2, apresentando uma renda média domiciliar de R\$ 4.427,36. Os demais foram identificados como pertencentes a três diferentes classes – um (11,11%) à Classe A (renda média domiciliar de R\$ 20.271,56), outro (11,11%) à Classe B1 (renda familiar de R\$ 8.695,88) e outro (11,11%) à Classe C2 (renda familiar de R\$ 1.446,24).

Quanto ao nível de escolaridade dos sujeitos, correlacionado com a classe econômica, foi constatado que para esta amostra (n=9), quanto maior a escolaridade, mais alta é a classe econômica do sujeito, representando assim uma correlação moderada ($r=+0,62$). Pode inferir tal correlação somente para a presente amostra, tendo em vista que o número de sujeitos foi pequeno.

Convém destacar que se procurou identificar os riscos de LC junto aos sujeitos desta pesquisa. Foi identificado que dois (22,22%) sujeitos tinham problemas crônicos de saúde anterior ao episódio neurológico, a saber: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e níveis elevados de colesterol. Cinco (55,56%) sujeitos não tinham problemas de saúde e dois (22,22%) não sabiam se tinham algum problema (apesar de relatarem problemas cardíacos congênitos).

Eu nasci com sopro, mas só depois de muitos anos que o médico me disse que eu precisava de remédio...ai tomava só esse do coração, mas outras doenças...assim...o colesterol não sabia disso...tinha tempo que não fazia exame de sangue.

(S3, em 03/02/2017).

No que diz respeito ao uso de medicamento pós-episódio neurológico, oito (88,89%) sujeitos utilizavam medicamentos para controle de alterações impostas pela LC, sendo os de ordem vascular os mais utilizados (contra eventos tromboembólicos [6=75%], redutor de níveis de LDL [3=37,5%], insuficiência venosa crônica (funcional e orgânica) dos membros inferiores [2=25%], redução da pressão arterial [6=75%], seguidos de antidepressivos [inibidor seletivo da receptação de serotonina (1=12,5%), tratamento de depressão, ansiedade e mania (3=37,5%)]. Confirma o discurso de S2.

Agora tomo medicamento, antes do AVC eu era muito estressado e sedentário também... era bem gordo... andava sentindo umas tonturas e não dava bola, aquelas coisas de homem sabe? Hã... é cansaço! Depois tiro férias.

(S2, em 16/01/2017).

Quanto às condições neurológicas dos sujeitos, obtiveram-se os resultados apresentados na **Tabela 2**. A média do tempo de lesão foi de 9,44 anos, variando de um à 32 anos.

Sujeito	Causa da Lesão Cerebral	Anos de Lesão (anos)	Sequelas motoras	Sequelas de linguagem
S1	TCE	1	Hemi D	Não
S2	AVC i	4	Hemi D	Sim
S3	AVC i	4	Hemi E	Não
S4	TCE	32	Quadri	Sim
S5	AVC i	9	Hemi D	Sim
S6	Anóxia (Insuficiência cardíaca)	10	Hemi E	Não
S7	Ressecção de Tumor Cerebral	22	Hemi D	Sim
S8	AVC i	2	Hemi E	Não
S9	AVC i	1	Hemi D	Não

Legenda: TCE: Traumatismo Crânio Encefálico; AVCi: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico; Hemi D: Hemiplegia Direita; Hemi E: Hemiplegia Esquerda, Quadri: Quadriplegia.

No que diz respeito aos acompanhamentos terapêuticos dos adultos, resultados apresentados na **Tabela 3**.

	Serviço	Atendimento Fisioterapia	Atendimento Fonoaudiologia
S1	CFT-1	3x	
S2	CFT-1	2x	
S3	CTF-2	2x	
S4	CFT-2	2x	
S5	CFT-3+CFO-1	4x	1x
S6	CFT-4	3x	
S7	CFT-4+CFO-1	2x	2x
S8	CFT-5	2x	
S9	CFT-5	2x	

Legenda – CFT – Clínica de Fisioterapia; CFO- Clínica de Fonoaudiologia; CFT+CFO- Clínica de Fisioterapia e Fonoaudiologia

Note-se que nenhum adulto com LC mantinha acompanhamento terapêutico nas três áreas envolvidas neste estudo: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Somente dois sujeitos tinham atendimento em Fisioterapia e

Fonoaudiologia, porém tais atendimentos não eram realizados no mesmo serviço, tendo assim que realizar deslocamentos para obter a assistência, conforme extraído do discurso do S7.

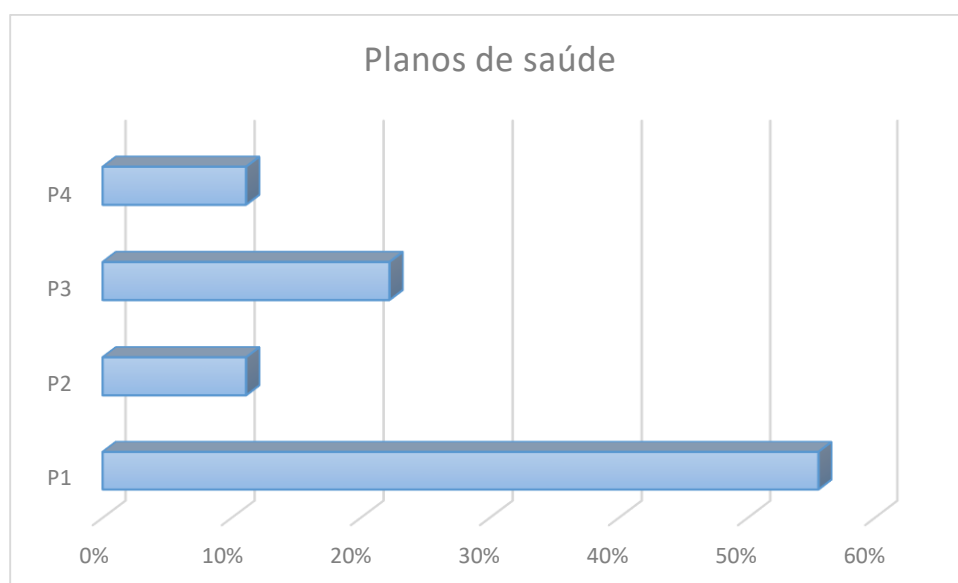
É uma pena não ter no mesmo lugar as duas coisas que eu preciso ...Vou pulando de lado a lado. Moro longe das duas clínicas... sorte que meu pai me leva de carro e espera. Sabe? Se não fosse assim...não teria como fazer.

(S7, em 02/03/2017).

A propósito da localização dos serviços e moradia dos sujeitos, identificou-se que todos os serviços localizavam-se na região central do município, enquanto que os sujeitos advinham de diferentes regiões: quatro (44,44%) da região central; dois (22,22%) da região nordeste; um (11,11%) da região sul, outro (11,11%) da oeste e outro (11,11%) da norte.

No que diz respeito aos Planos de Saúde, identificou-se a existência de quatro planos diferentes - P1, P2, P3, P4 (vide FIGURA 1). O P1 caracteriza-se como cooperativa e os demais como assistência à saúde e previdência de funcionários públicos de diferentes entes federativos.

Figura 1 – Distribuição de Planos de Saúde contratados pelos sujeitos deste estudo (n=4)



Legenda: P1 - Cooperativa; P2 - Assistência à Saúde e Previdência de Funcionários Públicos X; P3 - Assistência à Saúde e Previdência de Funcionários Públicos Y; P4 - - Assistência à Saúde e Previdência de Funcionários Públicos Z.

Quanto aos motivos para contratação da operadora de saúde, três (33,33%) sujeitos relataram que a aquisição deu-se anteriormente à LC, para usufruir de consultas médicas especializadas; cinco (55,55%) dispunham do plano devido ao trabalho, sendo que um dos sujeito usa o plano como dependente; um (11,11%) sujeito não soube referir os motivos pelos quais a família adquiriu o Plano de Saúde.

Com relação à cobertura do Plano de Saúde, incluindo a necessidade (ou não) de complemento de valores para realização das terapias, oito (88,88%) sujeitos afirmam que a operadora de saúde custeia integralmente o atendimento e um (11,11%) sujeito não soube informar.

A média do tempo de uso dos Planos foi de 27,12 anos, variando de 14 a 35 anos e, mais uma vez, um (11,11%) sujeito não soube precisar o tempo estimado que utiliza a operadora de saúde.

Quando indagados sobre indicação ou não dos profissionais que prestam atendimento a outras especialidades, seis (66,67%) relataram que houve indicação de outras terapias, sendo que cinco (55,56%) foram indicados a Fonoaudiologia, três além da Fonoaudiologia foram indicados para Terapia Ocupacional e um (11,11%) para Psicologia; três (33,33%) sujeitos não tiveram indicações (confira as falas de S6 e S8):

O médico me mandou para Fonoaudiologia... No hospital eu fiz quando fiquei lá, mas não consegui depois pelo meu plano... Coloquei meu nome na lista na universidade! Só fiz uma entrevista... mas, o tratamento... nada! Até já melhorei.
(S6; em 16/03/2017).

Minha filha falou que seria bom eu fazer Terapia Ocupacional. Eu nem sabia o que era...o que fazia. O médico não mandou... só mandou para a Fisioterapia mesmo... e isso... que no início eu tinha dificuldade para engolir... não me mandaram para alguma fonoaudióloga.
(S8, em 17/04/2017).

Perguntados se achavam necessária a realização de outros tipos de acompanhamentos terapêuticos, além dos atualmente realizados, dois (22,22%) sujeitos acharam necessitar (mas não disseram quais) e sete (77,78%), não acharam necessário.

4.1.6 DISCUSSÃO

Pôde-se observar um expressivo número de clínicas e consultórios destinados à reabilitação fisioterapêutica em relação às demais profissões (Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional), corroborando com um estudo²⁰ realizado no setor público do município. Ressalta-se que não foram encontrados referenciais teóricos a este respeito na Rede Suplementar de Saúde, no âmbito local e nacional, especialmente, dessa Rede relacionada às especialidades de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Também ficou evidente a escassa oferta de serviços integrados voltados a adultos com LC e acesso restrito aos serviços de reabilitação neurológica da Rede Suplementar, uma vez que dos 50 serviços encontrados no CNES, somente 11 (28,20%) prestam cuidado em disfunções neurológicas no adulto.

Constatou-se que tal atendimento é, preferencialmente, realizado nos domicílios, devido às limitações físicas, dificuldades de transporte e de acessibilidade

ao local dos serviços (mesmo sabendo que esse tipo de serviço/contratação é mais oneroso para os que o contrata ou realizam-no). Neste sentido, pode-se explicar a baixa oferta de serviços no município estudo, pela reduzida demanda de sujeitos adultos com sequelas neurológicas para atendimento em clínicas ou consultórios, corroborando com os estudos^{21,22,23}, realizados nas áreas de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, os quais referem a atuação domiciliar de seus profissionais.

No que diz respeito a localização, tanto das clínicas e consultórios como da residência dos sujeitos, a maioria deu-se na região central do município, fato que configura-se, por um lado, como um facilitador (confluência de transporte coletivo dos bairros periféricos para o centro da cidade, e, por outro lado (no caso de graves comprometimentos motores) como um dificultador do deslocamento para a realização do tratamento. De acordo com um estudo na área da saúde coletiva²⁴, o acesso deve ser discutido como prioridade pelos gestores de serviços de saúde, no intuito de compreender o nível de assistência necessária e, assim, servir para (re)organização da oferta dos serviços em saúde, seguindo as orientações da Política Nacional de Humanização²⁵, importante marco legal na garantia de atendimento e acesso à reabilitação em saúde.

Quanto aos sujeitos com LC, obteve-se prevalência do sexo masculino, dados semelhantes a outros estudos, realizados no sistema público, que identificaram os AVC e TCE^{18,26,27,28} como as principais causas das LC. Na presente pesquisa, os dois casos de TCE foram por acidente automobilístico, assim como apontado em outro estudo²⁸.

A cor branca e a média de idade, obtidas neste estudo, estiveram próximas aos resultados de um estudo realizado em uma clínica de Fisioterapia, destinada ao atendimento neurofuncional²⁹, da Região sul do Brasil e a outro, desenvolvido na região norte do Brasil³⁰.

Quanto à escolaridade, muitos estudos^{20,23,27,28}, realizados em sistema público, referem a prevalência de sujeitos com ensino fundamental incompleto. Este estudo revelou uma relação equilibrada entre sujeitos com maior (cinco) e menor (quatro) escolaridade, possivelmente explicada pelo fato de ser realizado junto a uma população com renda compatível às Classes A e B, as quais dispõem de recursos financeiros para adquirirem Planos de Saúde.

No que diz respeito ao estado civil, foi predominante a condição de casados, assim como encontrada em estudos realizados junto a sujeitos com sequelas de AVC^{30,31,32} e de TCE³³ em processo de reabilitação.

Com relação às Classes econômicas, observou-se no presente estudo, conforme dito anteriormente, um predomínio da Classe B2 (seis sujeitos). Na literatura compulsada não foram encontrados estudos que se assemelhassem ao da presente pesquisa, possivelmente, pelo fato de a maioria dos estudos serem realizados na Rede Pública e não na Suplementar de Saúde. No presente estudo, constatou-se que a maioria dos participantes não tinha ou não sabia da existência de algum fator de risco para o desencadeamento da LC que os acometia. Nesse sentido, concorda com o estudo³⁴ que ressalta a existência de uma parcela da população brasileira que não utiliza os recursos de saúde para detecção precoce de doenças. A propósito, dois sujeitos relataram saber que tinham HAS e os níveis de colesterol elevados, indo ao encontro do estudo realizado em ambulatório de Neurologia³⁵, que afirmou tais problemas como causas de LC. Este estudo também revelou, assim como o último³⁵, que todos os sujeitos da amostra utilizam algum tipo de medicamento, de uso regular, pós-LC.

Dentre as sequelas motoras decorrentes da LC, a hemiplegia direita foi relatada com maior frequência, corroborando com o estudo³⁶ que analisou o perfil funcional de hemiplégicos sob reabilitação. No presente estudo, dois sujeitos apresentaram distúrbio de linguagem associado à hemiplegia direita, também constatado em estudos³⁷ que traçaram os perfis sociodemográfico e de saúde de sujeitos com sequelas de LC, em idade produtiva.

No que diz respeito ao atendimento terapêutico, os nove sujeitos, deste estudo, recebiam assistência fisioterapêutica; desses, dois também recebiam assistência fonoaudiológica e nenhum recebia acompanhamento de Terapia Ocupacional. Sabe-se da importância, em especial, das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, no processo de recuperação da funcionalidade. Estudo³⁸ voltado ao acesso de sujeitos acometidos por AVC à reabilitação, no setor público do SUS, constataram que a maioria dos sujeitos recebia assistência em centros de reabilitação, sendo as profissões mais envolvidas nesse processo a Fisioterapia (97,9%) e a Fonoaudiologia (26,3%). A Terapia Ocupacional não apareceu como área que prestava atendimento aos sujeitos acometidos por AVC. Os resultados deste estudo corroboram os do referido estudo³⁸.

Constatou-se, também, a inexistência de serviços de cuidado integral na Rede Suplementar de Saúde; visto que somente dois sujeitos realizavam acompanhamento em Fisioterapia e Fonoaudiologia, porém em serviços distintos. Sabe-se da importância do cuidado integral a esses sujeitos, levando em consideração as necessidades de cada um, a fim de suprir as demandas dos sujeitos com LC.

De acordo com a literatura³⁹, os agravos em saúde fazem com que os sujeitos busquem serviços de saúde especializados, sendo assim, importante desafio para os profissionais sobre o saber/fazer em seu trabalho, com isso, faz-se necessário intervenções mais complexas no cuidado em saúde. Nesse sentido, entendendo a singularidade de cada sujeito e suas sequelas e a necessidade do desenvolvimento do trabalho em equipe, o estudo²⁰ analisou ações de gestores com trabalho em equipe no acompanhamento à adultos com sequelas de LC na atenção secundária em saúde.

4.1.7 CONCLUSÃO

Pode-se observar inexistência de um serviço integrado de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional especializado no cuidado neurológico a adultos, na Rede Suplementar de Saúde do município, assim como pequena quantidade de sujeitos com LC nos serviços de reabilitação, fato este, explicado pela maioria da procura ser a serviços de atendimento domiciliar realizado pelas clínicas e/ou consultórios.

Esta pesquisa evidenciou um predomínio de homens, brancos acometidos por LC, tendo como principais causas a HAS e o TCE. A maioria dos sujeitos era casado e o nível de escolaridade foi equilibrado entre – médio/superior completo - e ensino fundamental incompleto.

Embora haja avanços relacionados à organização na assistência à saúde da Rede Suplementar, o modelo atual dos serviços de reabilitação do município, configura-se como insuficiente, principalmente, no que diz respeito ao cuidado integral. A propósito, evidenciou-se, neste estudo, a ausência de serviços de Terapia Ocupacional destinado à reabilitação de adultos com LC, um fato limitante no

processo de reabilitação desses sujeitos. Sendo assim, é importante a reorganização e a ampliação dos serviços de reabilitação, especialmente, os de caráter interdisciplinar, disponibilizando, assim um único local que reúna diversos profissionais.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática a fim de serem produzidas mais evidências acerca das necessidades dos adultos com LC que utilizam a Rede Suplementar de Saúde.

4.1.8 REFERÊNCIAS

1 Sohlberg MM, Mateer CA. Distúrbios neurológicos associados às limitações cognitivas. In: Sohlberg MM, Mateer CA. Reabilitação cognitiva. São Paulo: Santos; 2009. p.25-58.

2 Carvalho TB, Relvas PC, Rosa SF. Instrumentos de avaliação da função motora para indivíduos com lesão encefálica adquirida. Rev Neurocienc. 2008; 16: 137-147.

3 Hausen S, Plotnik R, Castro JC. Acidentes Vasculares Cerebrais. In: HOUAISS, A; VILLAR, M. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

4 Cancela DMG. O acidente vascular cerebral–classificação, principais consequências e reabilitação. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf> <acesso em 15.10.2015>. 2008: 191-202.

5 Moura RMB, Mota WG, Moura G.J.B, Lopes DP, Daher CRM. A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. Scire Salutis. 2012; 2: 16-28.

6 Tabaquim ML, Lima MP, Ciasca SM. Avaliação neuropsicológica de sujeitos com lesão cerebral: uma revisão bibliográfica. Rev. Psicopedagogia. 2012; 29(89): 236-43

7 Yong-kyu C, Chan-woo N, Jung-ho L, Young-han P. The Effects of Taping Prior to PNF Treatment on Lower Extremity Proprioception of Hemiplegic Patients. J. Phys. Ther. 2013; 25: 1119–1122.

8 Panhoca I, Gonçalves CA. Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia. Arq. Ciênc. Saúde. 2009; 13(2): 147-153.

9 Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino OS, Araujo TL. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49: 136-143.

10 BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

- 11 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios. 3ª Edição. Brasília, 2009.
- 12 Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14: 61-70.
- 13 Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14: 783-94.
- 14 Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/ precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:918-28.
- 15 Malta LDC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de plano de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27:57-66.
- 16 Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Souza CG, Silva PM, Rodrigues AT. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar Saúde. *Soc. São Paulo*. 2013;22:773-784.
- 17 Ponte, AS. O cotidiano e a condição laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida. [Dissertação], Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.
- 18 Pommerehn J. O acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas acometidas por lesões neurológicas [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria; 2016.
- 19 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 20 Souza MA, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Characteristics and functional demands of patients at a local rehabilitation network: analysis from first contact. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(10):3277-3286.
- 21 Fonseca TS, Loiola RF, Coelho EPP. Atuação Fonoaudiológica no atendimento domiciliar. *Revista Tecer*. 2015; 8(14).
- 22 Oliveira TM, Damasceno AK, Rodrigues LL, Pereira VP, Santos JE. Terapia ocupacional e atendimento domiciliar: descobrindo o papel ocupacional na Atenção Primária. *Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, Belém, 2013. An Congr Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 12:986
- 23 Felício DNL, Franco ALV, Torquatro MEA, Abdon APV. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008; 8(2): 64-69.

24 Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porte Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2003;19(1):27-43.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília; 2008.

26 Goulart BN, Almeida CP, Silva MW, Oenning NS, Lagni VB. Characterization of stroke with a focus on oral communication disorders in inpatients of a regional hospital. *Audiol Commun Res*. 2016; 16: 1603.

27 Carmo JF, Oliveira ER, Morelato RL. Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19(5):809-818.

28 Reis TM, Nascimento LS, Freire RS, Nunes EA, Reis IR. Perfil dos pacientes com traumatismo crânioencefálico em uma cidade de porte médio. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2016; 9(2):203-210.

29 Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de passo fundo. *RBPS*. 2007; 20(1):22-27.

30 De Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMG, Matias ACX, Santos EFS. Acidente Vascular Cerebral: Dados Clínicos e Epidemiológicos de uma Clínica de Fisioterapia do Sertão Nordestino Brasileiro. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2014; 2(6):1-4.

31 Rangel ES, Belasco AG, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):205-12.

32 Antunes JE, Justo FH, Justo AF, Ramos GC, Prudente CO. Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter S Fun. Fortaleza*. 2016; 5(1): 30-41.

33 Santos AM, Souza ME, Lima LO, Ribeiro NS, Madeira MZ, Oliveira AD. The epidemiological profile of traumatic brain injury. *J Nurs UFPE on line*. 2016; 10(1):3960-8.

34 Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(3):844-851.

35 Scalzo PL, De Souza ES, Moreira AG, Vieira DA. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):139-144.

36 Ribeiro M, Myazaki MH, Jucá SS, Lourenço C; Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *ACTA FISIATR* 2007; 14(2): 87 – 94.

37 Ponte AS, Fedosse E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva. Revista CEFAC. 2016; 18(5):1097-1108.

38 Ribeiro KSQ, Neves RF, Brito GE, Sousa KM, Lucena EM, Batista HR. Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012;.36(3): 699-712.

39 Matos E, Pires DE. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm, 2009; 18(2): 338-46.

4.2 ARTIGO 2 – Satisfação dos usuários com lesão cerebral acompanhados na Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho

Satisfaction of users with brain injury assisted by supplementary health system of a municipality in the state of Rio Grande do Sul

Mithielle de Araujo Machado¹, Elenir Fedosse²

(1) Fisioterapeuta, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Especialista.

(2) Fonoaudióloga, Docente do Curso de Fonoaudiologia e do Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Doutora.

Mithielle de Araujo Machado. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. E-mail – mithifisio2014@gmail.com

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

4.2.1 RESUMO

Objetivo: analisar a satisfação dos usuários acometidos por Lesão Cerebral acompanhados em serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, integrantes da Rede Suplementar de Saúde de um município gaúcho. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, envolvendo nove adultos com Lesão Cerebral atendidos através de planos e/ou convênios de saúde, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos; a coleta dos dados ocorreu de janeiro a abril de 2017, realizada através do Questionário de Satisfação dos Usuários que faz parte do instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. **Resultados:** Oito (88,89%) usuários eram do sexo masculino e um (11,11%) feminino, a média de idade foi de 56,3 anos. Todos os sujeitos (100%) realizavam Fisioterapia, dois (22,22%) realizavam Fisioterapia e Fonoaudiologia, e nenhum (0,0%) em Terapia Ocupacional. Quanto a satisfação dos usuários: todos os usuários (100%) estavam satisfeitos com a agilidade no agendamento e no atendimento, acolhimento; confiança no profissional, e 88,89% aprovou o ambiente. **Conclusão:** todos os usuários demonstraram-se satisfeitos com o serviço na sua totalidade. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de novos estudos com este tema (satisfação de usuários com Lesão Cerebral quanto à prestação de serviços pela Rede Suplementar de Saúde), devido ao fato do processo de avaliação pelos usuários ser condição importante para melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Satisfação do paciente; Reabilitação, Serviço de Saúde; Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional.

4.2.2 ABSTRACT

Objective: To analyze the satisfaction of users affected by brain injury assisted by Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy services offered by the Health Supplementary System of a municipality in the state of Rio Grande do Sul. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with quantitative approach, involving nine adults with Brain Injury assisted by healthcare plans and/or insurance, of both sexes, aged equal or over 18 years; data collection occurred from January to April 2017, carried out by the Users' Satisfaction Questionnaire which is part of the evaluation instrument of the National Health Service Assessment Program - PNASS. **Results:** Eight (88.89%) users were male and one (11.11%) female, the average age was 56.3 years. All subjects (100%) performed Physiotherapy, two (22.22%) Physical Therapy and Speech Therapy, and none (0.0%) Occupational Therapy. Concerning users' satisfaction: all users (100%) were satisfied with the speed of scheduling and service, as well as reception and confidence in the professional; 88.89% approved the environment. **Conclusion:** all users have demonstrated their satisfaction with services in their entirety. The research emphasizes the importance of developing new studies on this theme (users' satisfaction with brain injury patients concerning healthcare services offered by Supplementary Health System) due to the fact that the process of evaluation by users is an important condition for improving the quality of health care services.

Keywords: Patient satisfaction; Rehabilitation, Healthcare Service; Physiotherapy, Speech Therapy, Occupational Therapy.

4.2.3 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm-se observado, no Brasil, avanços no setor público e privado de saúde. Em meados da década de 30, do século XX, a assistência à saúde era possível apenas para a população que podia pagar ou, então, incorporada a alguns grupos de trabalhadores brasileiros como um benefício¹. Somente com a promulgação da Constituição Federal, de 1988, e da Lei Orgânica - 8.080, de 1990 – que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) é que a saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, tendo sido estabelecidas a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde como diretrizes do SUS^{2,3}.

A organização do sistema de saúde brasileiro (SUS) forma uma rede complexa de prestação de serviços, gerando uma combinação público-privada, em que, no público, os serviços são financiados pelo Estado (nos níveis federal, estadual e municipal), e, no privado, representado pelo setor suplementar de saúde, os serviços são ofertados por distintos tipos de planos e seguros de saúde⁴. Dessa forma, o setor privado comercializa planos de saúde que ofertam serviços garantidos pelo sistema público, caracterizando, assim, uma cobertura duplicada na assistência à saúde, por isso, a denominação suplementar⁵.

Apesar de estar preconizado o acesso universal à saúde (destinado a todas as pessoas e em todo território nacional), por vezes, observam-se baixos investimentos públicos (dos entes federativos) em recursos materiais, humanos e tecnológicos, provocando uma migração da população (que tem renda) para o Sistema Suplementar de Saúde⁶.

Devido à expansão do setor suplementar foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que tem como função fiscalizar e regulamentar os contratos entre os usuários e as operadoras de saúde⁷.

Para garantir a qualidade da assistência em saúde no Sistema Suplementar, a avaliação de seus serviços, vem ganhando destaque. Por isso, é de fundamental importância, nos dias atuais, discutir esse tema – avaliação de serviços de saúde do Sistema Suplementar – apesar de estar em pauta desde a segunda metade do século XX, quando surgiram pesquisas (sobre avaliação da assistência ofertada) com foco na qualidade do atendimento⁸.

A avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde tem sido referida pela literatura internacional e nacional, ganhando destaque, na década de 70 do século passado, nos Estados Unidos da América do Norte e na Inglaterra; no Brasil, na década de 90^{9,10,11}.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde fundamenta-se em três aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação de estrutura diz respeito aos recursos físicos,

materiais e humanos; a avaliação do processo engloba as atividades e/ou os procedimentos empregados, e a dos resultados enfatiza os efeitos das ações do estado de saúde do usuário com relação à assistência recebida¹².

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a satisfação de adultos/usuários com Lesão Cerebral acompanhados em serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional que integravam o Sistema Suplementar de Saúde, de um município gaúcho.

4.2.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, que teve, como público alvo, sujeitos com Lesão Cerebral (LC), maiores de 18 anos, acompanhados em serviços de reabilitação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional, por meio de planos e convênios de saúde, de um município gaúcho.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2017, nas dependências dos serviços, acima identificados, por conveniência dos usuários/participantes da pesquisa.

A amostra deste estudo foi estabelecida a partir da consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional do município. Tal levantamento resultou no quantitativo de 53 serviços.

Posteriormente à referida busca, foi realizado contato telefônico com cada clínica ou consultório, questionando seus gestores sobre a oferta de atendimento fisioterapêutico, fonoaudiológico e/ou em Terapia Ocupacional a adultos com LC e explicando-se os objetivos da pesquisa. Com aqueles serviços que disponibilizavam atendimentos e se interessaram pela pesquisa, foi agendado um horário com o gestor, com a finalidade de oferecer maiores esclarecimentos sobre a pesquisa e obter indicação dos sujeitos com LC. Ao final desta etapa, obteve-se a concordância de oito clínicas e consultórios, porém, colaboraram com a pesquisa, somente seis serviços (dois não contavam com adultos com LC em atendimento, por ocasião da coleta de dados). Após a autorização dos gestores, alcançou-se o número de nove sujeitos/usuários com LC.

A satisfação dos usuários foi levantada por meio da aplicação do Questionário de Satisfação que integra o instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), versão 2015¹³. Este instrumento é constituído de sete itens: i) agilidade no agendamento do atendimento; ii) agilidade no atendimento; iii) qualidade do acolhimento; iv) nível de confiança; v) condição do ambiente (conforto, limpeza, sinalização,

ruído); vi) marcas da humanização no atendimento prestado e vii) avaliação geral do usuário sobre o serviço.

A coleta foi realizada nas dependências das clínicas e consultórios, em dias e horários pré-agendados, de acordo com a disponibilidade dos usuários, que responderam aos questionamentos separadamente de seus terapeutas ou de qualquer pessoa relacionada à equipe do serviço de saúde, evitando assim constrangimentos para responder as questões.

Esta pesquisa foi desenvolvida após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade onde foi realizada, sob parecer nº. 1.812.222, tendo, pois, como orientação as diretrizes e os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após sua aprovação, foi iniciada a coleta dos dados, mediante assinatura do TCLE pelos participantes do presente estudo.

Os dados da pesquisa foram analisados descritivamente (média e porcentagem), utilizando-se o Software *Statistica 9.1*.

4.2.5 RESULTADOS

Participaram deste estudo, conforme indicado anteriormente, nove sujeitos, sendo oito (88,89%) do sexo masculino e um (11,11%) do sexo feminino, com média de idade de 56,3 anos. Ressalta-se que dois (22,22%) usuários foram da clínica de Fisioterapia A (CFT-A); dois (22,22%) eram atendidos na clínica de Fisioterapia B (CFT-B); um (11,11%) da clínica de Fisioterapia C (CFT-C); dois (22,22%) da clínica de Fisioterapia D (CFT-D) e dois (22,22%) da clínica de Fisioterapia E (CFT-E). Com relação aos serviços de Fonoaudiologia, participaram dois sujeitos (100%) e ambos da mesma clínica de Fonoaudiologia A (CFO-A). Ressalta-se que não foram encontrados serviços e sujeitos com LC acompanhados em Terapia Ocupacional no Sistema Suplementar de Saúde.

Com relação ao tipo de atendimento, nove (100%) realizavam Fisioterapia e, destes, dois (22,22%) também realizavam atendimento fonoaudiológico, porém em serviços distintos. Encontra-se no QUADRO 1, dados referentes à Satisfação dos usuários dos serviços de Fisioterapia e de Fonoaudiologia:

Quadro 1 – Satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia

Variáveis avaliadas	Nível de Satisfação	Fisioterapia n(%)	Fonoaudiologia n(%)
Agilidade no agendamento	Muito bom	6 (66,67%)	1 (50%)
	Bom	3 (33,33%)	1 (50%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Agilidade no atendimento	Muito bom	4 (44,44%)	2 (100%)
	Bom	5 (55,56%)	0 (0%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Limpeza	Muito bom	6 (66,67%)	2 (100%)
	Bom	2 (22,22%)	0 (0%)
	Regular	1 (11,11%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Sinalização	Muito bom	7 (77,78%)	1 (50%)
	Bom	1 (11,11%)	1 (50%)
	Regular	1 (11,11%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Recepção	Muito bom	7 (77,78%)	2 (100%)
	Bom	2 (22,22%)	0 (0%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Atendimento	Muito bom	7 (77,78%)	2 (100%)
	Bom	2 (22,22%)	0 (0%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)

Confiança/segurança no atendimento	Muito bom	9 (100%)	2 (100%)
	Bom	0 (0%)	0 (0%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Esclarecimento do estado de saúde	Muito bom	7 (77,78%)	2 (100%)
	Bom	1 (11,11%)	0 (0%)
	Regular	1 (11,11%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Avaliação geral	Muito bom	8 (88,89%)	2 (100%)
	Bom	1 (11,11%)	0 (0%)
	Regular	0 (0%)	0 (0%)
	Ruim	0 (0%)	0 (0%)
Sabe onde reclamar	Sim	7 (77,78%)	1 (50%)
	Não	2 (22,22%)	1 (50%)
Valores pagos	Sim	0 (0%)	0 (0%)
	Não	9 (100%)	2 (100%)

Convém esclarecer que todos os sujeitos conseguiram agendar o primeiro atendimento em Fisioterapia e Fonoaudiologia em até 15 dias e, por isso, consideraram satisfatório o tempo de espera para iniciar os atendimentos fisioterapêuticos e fonoaudiológicos.

Quanto à agilidade no atendimento de Fisioterapia, todos os sujeitos referiram esperar no máximo até 30 minutos para serem atendidos. Quanto à duração dos atendimentos nas clínicas A, C e D duravam 60 minutos e nas clínicas B e E os atendimentos duravam 30 minutos. Dois sujeitos realizavam 2 sessões de 60 minutos por semana; e dois realizavam 3 sessões

semanais com duração de 60 minutos; um sujeito realizava 4 sessões de 60 minutos por semana; quatro sujeitos realizavam 2 sessões semanais com duração de 30 minutos. Os sujeitos revelaram que estavam satisfeitos com a regularidade dos atendimentos recebidos, bem como com o cuidado fisioterapêutico propriamente dito.

No que diz respeito à agilidade no atendimento fonoaudiológico, os atendimentos realizados pela clínica A (CFO-A) tinham duração de 60 minutos. Um dos sujeitos realizava uma sessão por semana com esta duração e o outro realizava duas sessões, de 60 minutos. Todos os sujeitos mostraram-se satisfeitos com a regularidade dos serviços, bem como com os atendimentos recebidos.

Quanto à ambiência, o item limpeza geral dos serviços de Fisioterapia, os sujeitos consideraram-na satisfatória. Quanto à sinalização do serviço, oito usuários consideraram-na satisfatória, e um a considerou insatisfatória.

Com relação ao serviço de Fonoaudiologia, todos os sujeitos demonstraram-se satisfeitos com relação à limpeza e sinalização.

No que diz respeito ao acolhimento, com relação ao atendimento da recepção e do cuidado fisioterapêutico recebido, os sujeitos consideraram-se satisfeitos, bem como no atendimento desenvolvido pelo profissional fisioterapeuta.

Quanto ao acolhimento realizado nos serviços de Fonoaudiologia, todos se consideraram satisfeitos em relação ao atendimento da recepção e do desempenho no atendimento do fonoaudiólogo.

Com relação à confiança/segurança que o usuário do serviço tem durante o atendimento fisioterapêutico, todos os participantes julgaram-se satisfeitos. No que diz respeito às informações/esclarecimentos com relação ao estado de saúde (prestadas pelo fisioterapeuta), oito sujeitos consideraram-se satisfeitos e um, insatisfeito.

Os usuários que recebiam atendimento fonoaudiológico, relataram estar satisfeitos com relação à segurança/confiança durante o atendimento e também referiram-se satisfeitos com as informações/esclarecimentos sobre sua condição, dadas pelo profissional fonoaudiólogo.

Com relação à avaliação geral do serviço de Fisioterapia, todos relataram estar satisfeitos e, quando questionados sobre saberem onde reclamar quando não bem atendidos, sete sujeitos referiram que sim e, dois que não. Quanto a valores pagos para atendimento, nenhum dos usuários pagam valores nos serviços para receber atendimento.

Quanto à avaliação geral do serviço de Fonoaudiologia, todos os sujeitos demonstraram-se satisfeitos. Em relação sobre onde reclamar quando não forem bem atendimentos um sujeitos

relatou que sim e outro que não. E no que diz respeito aos valores pagos pelo atendimento, todos os sujeitos não pagam valores nos serviços, para o recebimento de tratamento.

Convém dizer que esta pesquisa despertou interesse dos gestores das clínicas e consultórios de Fisioterapia e Fonoaudiologia. No caso específico dos serviços de Fisioterapia, pelo fato de que os sujeitos eram atendidos por profissionais não proprietários, ou seja, por fisioterapeutas que atendem por meio de porcentagem (uma prática comum no Sistema Suplementar e, especialmente, na área de reabilitação). Assim, segundo os gestores, com esta pesquisa teriam um *feedback* com relação à equipe de profissionais e funcionários que atuam em seus serviços.

4.2.6 DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde pelos usuários é possível de ser realizada por meio do questionário de satisfação dos usuários¹³, desenvolvido com o objetivo de avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde.

Entende-se, tal como proposto na Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁴, que a prática de avaliação de serviços de saúde promove uma maior compreensão do setor, seja no seguimento público ou privado, bem como favorece a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, desenvolvendo, portanto, a melhoria da qualidade do atendimento proposto. Nesse sentido, acredita-se que a avaliação, feita pelos usuários, é necessária e favorece o cuidado em saúde, especialmente na área da reabilitação neurofuncional, que se caracteriza como um cuidado de longa duração. Nesta pesquisa, pode-se observar satisfação dos sujeitos no âmbito da agilidade nos agendamentos e dos atendimentos em Fisioterapia e Fonoaudiologia. Tal resultado, também, foi encontrado em estudo desenvolvido por em uma Clínica Escola de Fisioterapia, no município de Santo André (SP)¹⁵ e em outro, realizado no município de Jequi (BA), em diversas Clínicas de Fisioterapia¹⁶. Convém dizer que esses estudos diferem deste à medida que avaliaram serviços públicos e/ou filantrópicos, dedicados ao cuidado fisioterapêutico geral, ou seja, não específico em reabilitação neurofuncional de adultos. No entanto, pode-se inferir que serviços de reabilitação, possivelmente pelo cuidado longitudinal prestado e consequente vínculo entre sujeito atendido e terapeuta, seriam bem avaliados.

Com relação à limpeza das clínicas e consultórios, os dois sujeitos que realizavam acompanhamento fonoaudiológico, consideraram-na satisfatória, já, nos serviços de Fisioterapia, um mostrou-se insatisfeito com a limpeza do local. Neste sentido, destaca-se que

o ambiente físico é percebido e avaliado pelos usuários, conforme revelou estudo¹⁶, já referido, sobre a importância do ambiente físico dos serviços, destacando que o este desempenha papel fundamental no processo de cuidar. Também, conforme a Política Nacional de Humanização¹⁴ é fundamental que os serviços de saúde oportunizem ambientes saudáveis, acolhedores e confortáveis para os usuários.

Quanto ao acolhimento, da recepção ao atendimento do profissional fisioterapeuta e fonoaudiólogo, foi observada satisfação dos sujeitos desta pesquisa. De acordo com a literatura¹⁴, o acolhimento é o reconhecimento da singularidade das necessidades em saúde que o sujeito carrega consigo, sendo este construído de forma coletiva (recepção, serviços gerais, gestores e profissionais de saúde) possibilitando uma relação de confiança, compromisso e vínculo da equipe com o usuário. A propósito, estudo¹⁵ menciona que atitudes de comunicação da equipe com o usuário, por exemplo, forma de cumprimento e atenção individualizada, favorecem maior interação e sensação de acolhimento pelo usuário. Cabe ressaltar que todos os sujeitos recebiam atendimento individualizado.

Com relação à confiança/segurança, passada do profissional ao usuário, todos os sujeitos, atendidos nas duas especialidades, referiram estar satisfeitos. Sabe-se que a relação de confiança é de suma importância, pois através dela garante-se adesão ao tratamento proposto pelo profissional¹⁷⁻²¹.

No estudo²⁰ que analisou a satisfação de usuários de serviços de Fisioterapia, destinados a reabilitação de ortopedia/traumatologia e de neurologia no sistema público, obteve como resultado um elevado nível de satisfação (em relação aos sujeitos atendidos em neurologia) com os serviços de Fisioterapia no geral, bem como atendimento do profissional fisioterapeuta.

De acordo com um estudo piloto²¹, em que foi avaliada a satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia privados conveniados ao SUS em um município do RJ, obteve-se que a satisfação com o tratamento estava amplamente associada ao nível de interação profissional-usuário (em relação a esclarecimentos sobre sua condição de saúde, bem como instruções aos sujeitos) do serviço.

Quanto à avaliação geral dos serviços, os sujeitos confirmaram-se satisfeitos, afirmando que os indicariam para outra pessoa. Tal fato pode ser relacionado ao tempo que se encontram em atendimento no serviço^{19,20}.

Cabe ressaltar a inexistência de estudos com relação à satisfação dos usuários do Setor Suplementar de saúde, sobretudo na Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Por outro lado, existe um maior número de estudos com relação à Fisioterapia²²⁻²⁷, porém de modo geral, sem enfoque somente voltado à reabilitação neurológica. Encontrou-se um estudo²² que se ocupou

em desenvolver um questionário de satisfação de usuários de Fisioterapia (averiguar confiabilidade e validade do construto), em ambulatórios da rede privada, nos municípios de Natal e Maceió, mas não se tem informação da área da Fisioterapia que foi estudada.

Outro estudo²³, desenvolvido em uma unidade de reabilitação física de assistência a Fisioterapia em Fortaleza/CE, ocupou-se em avaliar a satisfação dos usuários deste serviço e, os diagnósticos por especialidade foram em grande maioria os de Traumatologia e Ortopedia, seguidos de Reumatologia, Neurologia e Pós-cirurgia.

Outros autores²⁴ ocuparam-se em caracterizar os sujeitos que realizam atendimento em Fisioterapia através da rede pública no município de Foz do Iguaçu/PR, bem como analisaram a satisfação dos usuários, por meio de questionário de satisfação. Foram encontrados dados semelhantes ao deste estudo, em que os usuários relataram estarem satisfeitos com a confiança no profissional, a estrutura física no geral, o acesso ao serviço. Cabe ressaltar, que neste mesmo estudo²⁴, a maioria dos usuários recebia atendimento na especialidade de Traumatologia e Ortopedia (89,9%) e apenas 3% da amostra em Neurologia. Também encontrou-se um estudo²⁵ que analisou a satisfação de usuários de clínicas de Fisioterapia, da rede pública, do município de Campo Maior/PI, em que a amostra foi composta por 80 usuários que demonstraram-se satisfeitos em relação ao tempo de espera para o atendimento, relataram ótima limpeza do serviço assim como, boas instalações no geral, confirmaram também haver ótima relação com o fisioterapeuta.

4.2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, pode-se constatar que os usuários dos serviços de reabilitação neurológica, prestada pela Fisioterapia e Fonoaudiologia, na Rede Suplementar de Saúde de um município do interior gaúcho, encontravam-se satisfeitos com os atendimentos ofertados.

A Fisioterapia conta com diversas pesquisas relacionadas à satisfação de usuários, porém, em sua maioria relacionada ao sistema público de saúde. No âmbito da Fonoaudiologia constatou-se inexistência de estudos no que diz respeito à avaliação de serviços no sistema suplementar de saúde. Os estudos encontrados nesta área estão voltados à caracterização de serviços nos diferentes níveis de assistência em saúde (primário, secundário e terciário).

Pôde-se observar também, que no processo de escolha do instrumento avaliativo desta pesquisa, há na literatura uma variedade nos construtos referentes à avaliação. A maior parte dos estudos é destinada ao setor público. Sabe-se da importância do processo de avaliação de serviços de saúde por seus usuários, porém a cultura da avaliação popular ainda não está

instituída no Brasil. A falta de avaliação dificulta a melhora da qualidade da estrutura e funcionamento dos serviços de saúde.

4.2.8 REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*. 2007; (23): 2167-2177.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios. 2009. 3ª Edição. Brasília.
- 3 Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):753-762.
- 4 Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; (11):643-655.
- 5 Santos IS, Ugá MAD, Porto MS. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1431-1440.
- 6 Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998; (14): 61-70.
- 7 Sato FR. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *RAP Rio de Janeiro*. 2007; 41: 49-62.
- 8 Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev. bras. Fisioter*. 2007; 11: 369-376.
- 9 Espiridião MA, Trad LAB. Satisfação de usuários: conceitos. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22: 1267-1276.
- 10 Turrís A.S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50: 293-8.
- 11 Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 577-82.
- 12 Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114: 1115-8.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

15 Suda EY, Uemura MD, Velasco E. Assessment of patient satisfaction with physical therapy at a college health clinic in Santo André, SP. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009; 16(2):126-31.

16 Brito TA, Jesus CS, Fernandes MH. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2012; 36(2): 514-526.

17 Costa ML, Maia HF, Coutinho M, Beck J. Nível de satisfação com a assistência em fisioterapia coletiva: o olhar dos usuários. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010; 34(3): 503-514.

18 Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008; 12(5): 401-8.

19 Goulart BN, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(4):335-40.

20 Silva DC, Costa NB, Salício VM, Shimoya-Bittencourt W, Salício MA. A percepção do usuário em relação ao atendimento prestado do serviço e do tratamento fisioterapêutico em um centro de reabilitação da cidade de Várzea Grande-MT. *Revista Eletrônica do UNIVAS*. 2013; 10: 16-32.

21 Rodrigues RM, Raiumundo CB, Silva KC. Satisfação dos usuários dos serviços privados de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. *Perspectivas online*. 2010; 4(14): 164-180.

22 Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev. bras. fisioter*. 2007; 11(5): 369-376.

23 Magalhães MS. Avaliação da assistência fisioterapêutico sob a ótica do usuário. [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2003.

24 Fréz AR., Nobre, MIR. User satisfaction of clinical physical therapy in public health system. *Fisioter. Mov*. 2011; 24(3):. 419-428.

25 Gonçalves JR, Lages Veras FEL, Matos ACM., Lima ISA. Satisfaction evaluation of patients underwent physical therapy intervention in the city of Campo Maior, PI. *Fisioter. Mov*. 2011; 24(1): 47-56.

5 DISCUSSÃO GERAL

Este estudo, conforme descrito anteriormente, ocupou-se em caracterizar os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, que compõem o Sistema Suplementar de Saúde de Santa Maria, bem como caracterizar os adultos com sequelas de Lesão Cerebral (LC), que realizam acompanhamento nesses serviços. Também buscou analisar a satisfação dos sujeitos com sequelas de LC acompanhados nos referidos serviços.

Pode-se constatar a existência de 53 serviços, dos quais 50 encontravam-se ativos, segundo o cadastrado do CNES (consultado entre novembro e dezembro de 2016). Destes, 31 (62%) prestavam atendimento exclusivo em Fisioterapia, 14 (28%) em Fonoaudiologia e nenhum em Terapia Ocupacional. Quatro serviços (8%) incluía atendimento em Fisioterapia e Fonoaudiologia e um único (2%) serviço contemplava as três profissões: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, porém este era destinado ao cuidado infantil.

Quanto ao atendimento na especialidade neurológica, dos 50 serviços, somente, 11 (22%) prestavam atendimento neurológico a adultos, os demais serviços ofertavam cuidado a outras áreas, como, por exemplo, Traumatologia e Ortopedia, Pilates, Reeducação Postural Global (RPG), Acupuntura, Audiologia, entre outras. E apenas oito serviços autorizaram a realização da pesquisa junto aos seus usuários, conseguindo-se, assim, aplicar os instrumentos – entrevista semiestruturada, questionário Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) referente à classificação econômica e o de satisfação (questões de serviços de reabilitação do PNISS) com os atendimentos prestados, em nove sujeitos.

Este número é considerado pequeno com relação ao número de estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, porém, pode-se constatar certa resistência de alguns gestores no momento da apresentação da referida pesquisa, dado este que pode ser explicado pelo caráter inédito deste estudo no Sistema Suplementar no município.

Constatou-se maior número de sujeitos em atendimento fisioterapêutico do que em Fonoaudiologia. Em outras palavras, os serviços de Fisioterapia recebiam maior procura dos sujeitos com LC, se comparados aos de Fonoaudiologia. Segundo Silva; Santos e Bonilha (2014), fisioterapeutas que se ocuparam em conhecer a percepção de usuários de serviços de Fisioterapia em ambulatórios do SUS, o percentual de usuários em atendimento neurológicos foi de apenas 6,7%. No estudo de Machado e Nogueira (2008), que se ocupou em avaliar a satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia em Teresina (PI), em serviços privados e públicos municipais, evidenciaram que 10,7% da amostra estudada, recebia atendimento em neurologia nos serviços privados de Fisioterapia. Outro estudo, o de Silva et al. (2013), encontrou o quantitativo de 16 sujeitos que recebiam atendimento fisioterapêutico em neurologia

pelo sistema público de saúde do município de Várzea Grande (MT). Não foram encontrados estudos da Fisioterapia avaliando serviços de reabilitação/Atenção Secundária no Sistema Suplementar de Saúde voltados especificamente à sequelas neurológicas.

A propósito do afirmado anteriormente, os gestores dos serviços abordados neste estudo referiram que a maior procura por atendimento nas áreas de Fisioterapia e Fonoaudiologia, relaciona-se ao âmbito domiciliar, fato este que, pode ser explicado devido às limitações físicas impostas pela LC. Este resultado é semelhante ao encontrado por Felício et al., 2005, que menciona em seu estudo que pacientes crônicos como os com sequelas neurológicas, preferem atendimento domiciliar devido as limitações impostas e longos períodos de imobilização no leito.

Sabe-se que os contratos entre as operadoras de saúde (planos e convênios) e os serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia, estabelecem as formas de remuneração para clínicas, conforme o tipo de atendimento realizado, assim como as obrigações destas para com os usuários, por exemplo, a cobertura total ou parcial dos atendimentos prestados (ANS, 2009). Todos os sujeitos desta pesquisa não pagavam pelo seu tratamento, ou seja, os seus planos de saúde cobriam integralmente os gastos com a reabilitação recebida.

No caso dos sujeitos atendidos em Fisioterapia, constatou-se desinformação da maioria com relação aos possíveis benefícios que a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional poderiam acrescentar aos seus processos terapêuticos. Dois sujeitos da presente pesquisa relataram necessitar de atendimento fonoaudiológico e em Terapia Ocupacional, no entanto, sete sujeitos referem não necessitar de outras terapias. Bazzo e Noronha (2009) relataram, em seu estudo sobre a oferta de atendimento em Fonoaudiologia pelo SUS no município de Salvador (BA), que a desinformação é um fator prejudicial ao acesso a Fonoaudiologia.

Este estudo contou com a participação de nove sujeitos [oito (88,88%) homens e uma (11,11%) mulher], com sequelas de LC. Destes cinco (55,5%) sofreram AVC, dois (22,2%) TCE, um (11,11%) teve Anóxia Cerebral (decorrente de uma parada cardiorrespiratória prolongada) e um (11,11%) teve um tumor cerebral. Bruno et al. (2000), ao analisarem o perfil de idosos com hemiplegia (após AVC), constataram que a maioria (61,2%) era homens. Nos casos de TCE, o estudo de Maia et al., (2013), identificou maior número de casos (79,2%) em homens.

Com relação ao estado civil, seis sujeitos (66,67%), deste estudo, eram casados, percentual aproximado ao encontrado no estudo de Rangel; Belasco e Diccini (2013), a saber - 59% - o qual foi realizado junto a sujeitos com sequelas de AVC, em processo de reabilitação, no município de Maceió (AL).

Quanto à escolaridade, quatro (44,4%) tinham como nível de instrução o ensino fundamental incompleto. Dado este que corroborou com o estudo de Silva; Santos e Bonilha (2014), que evidenciou 37,8% de sua amostra com ensino fundamental incompleto.

A classe social prevalente foi a B2 (66,66%). Na literatura compulsada não foram encontrados estudos que se assemelhassem ao da presente pesquisa, possivelmente, pelo fato de a maioria dos estudos serem realizados na Rede Pública e não na Suplementar de Saúde e também por não utilizarem o instrumento – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Quanto à condição de saúde anterior ao episódio lesional, cinco (55,56%) não sabiam que tinha problemas de saúde, dois (22,22%) tinham problemas cardíacos e dois (22,22%) HAS e níveis elevados de colesterol, configurando as chamadas condições crônicas de saúde (anteriormente denominada de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT). Em estudo realizado por Pires et al., (2004), a maior causa de AVC foi determinada por algum tipo de DCNT, sendo a HAS encontrada em 87,8% dos sujeitos da referida pesquisa. Os problemas de ordem cardíaca, também, podem resultar em AVC (DUNCAN et al., 2012). Por isso, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, que engloba três eixos (Vigilância, Informação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral) é fundamental para diminuir a ocorrência dessas doenças e, conseqüentemente, diminuir seus agravos (MALTA; NETO; JÚNIOR, 2011).

Com relação ao uso de medicamentos após o episódio neurológico, oito (88,88%) dos sujeitos utilizavam medicamentos de forma contínua, percentual próximo ao encontrado em exposto pela OMS (2003), em que 80,6% dos sujeitos utilizavam medicamento para controle de alguma doença crônica.

Ressalta-se a importância do processo de reabilitação integrada aos sujeitos com LC. Na presente pesquisa, as sequelas motoras remanescentes das LC, foram as hemiplegias (5 sujeitos – 55,56% - com hemiplegia à direita). O processo de reabilitação funcional do hemicorpo acometido pode ocasionar doenças secundárias, devido à, falta de movimento. Assim, terapias como, por exemplo, as de Fisioterapia fazem-se necessárias para minimizar as desordens já impostas e prevenir demais sequelas (ARRAIS JUNIOR; LIMA; SILVA (2016).

No caso dos distúrbios relacionados à comunicação, observou-se a ocorrência de quatro casos (44,44% dos sujeitos), porém somente dois (22,22%) realizam acompanhamento fonoaudiológico, fato este estando diretamente relacionado pela falta de serviços no município, que disponibilizem cuidado na especialidade neurológica destinada a adultos. Sabe-se que tais

dificuldades impostas por lesão cerebral, geralmente, requerem cuidado de reabilitação, em Fonoaudiologia (CECCATO et al., 2005).

Também foi observado que um sujeito tinha extrema dificuldade com atividades rotineiras como: vestir-se, banhar-se, outro com a locomoção e, aspectos que podem ser abordados pela Terapia Ocupacional, sendo que o mesmo não tinha sido encaminhado para este profissional.

Como referido anteriormente, não existe serviços de Terapia Ocupacional na rede suplementar, o que causa grande preocupação, devido a importância da reinserção desse sujeito como sujeito social, participativo e autônomo. Tal profissão configura-se essencial nas questões do cotidiano e das atividades laborais dos sujeitos. Estudo realizado por Ponte e Fedosse (2015), com sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida (LEA), analisou as condições de vida, laborais e de qualidade de vida e concluiu que a LEA ocasiona desorganização em vários aspectos, impactando de forma negativa na vida dos sujeitos acometidos e de seus familiares.

Na presente pesquisa, não foi evidenciada a existência de serviços de cuidado integral destinada a sujeitos adultos com LC, desempenhado pelas três profissões. Sabe-se da importância desse tipo de cuidado, pela singularidade de cada profissão, e, sobretudo, pelas necessidades de cada sujeito. As intervenções de cunho multi, inter e/ou transdisciplinares são fundamentais para o aprimoramento da qualidade de vida pós-lesão cerebral. A existência desse tipo de cuidado evitaria, também, seguidos deslocamentos entre um local e outro para atendimento. Nesse sentido, De Sá et al., (2016); Ponte e Fedosse (2016); Pomerehn (2016) ressaltam a importância do cuidado integral destinado aos sujeitos com sequelas neurológicas.

No que diz respeito à satisfação dos usuários relacionada aos serviços prestados, de entrada, despertou o interesse dos gestores das clínicas e consultórios, visto o caráter inédito do estudo – analisar a satisfação de usuários quanto aos serviços de reabilitação prestados no sistema suplementar de saúde.

Quanto aos sujeitos com LC, pode-se observar que a maioria dos sujeitos se mostrou satisfeito com relação aos tratamentos realizados. Segundo Esperidião e Trad (2005), a maior parte dos estudos, com abordagem qualitativa e quantitativa, trazem como resultados elevadas taxas de satisfação dos usuários dos serviços, esse efeito pode ser reportado mesmo quando há expectativas negativas sobre os serviços. Tais autores ainda questionam de que se é provável que os profissionais de saúde sempre realizem um “cuidado perfeito” aos sujeitos. Williams (1994) adverte que uma avaliação positiva do usuário, não significa que houve de fato uma avaliação crítica, podendo assim, expressar uma ausência de opinião e/ou uma aceitação do serviço e dos profissionais envolvidos nesse processo.

Na literatura compulsada, constatou-se a inexistência de estudos sobre o tema, relacionando o sistema suplementar de saúde, a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional. No âmbito do SUS, o estudo de Silva, Ribeiro e Silva (2004), revelou alto nível de satisfação dos usuários de programas de Saúde da Família, no município de Juiz de Fora. O mesmo ocorreu em estudo de Rodrigues, Raimundo e Silva (2010) que se ocupou de avaliar o perfil sociodemográfico e a satisfação de usuários de serviços de Fisioterapia, no setor privado em saúde, conveniados ao SUS, em que 37,1% dos participantes consideravam-se satisfeitos com o atendimento recebido.

O processo de avaliação por parte dos usuários de serviço de saúde, em geral, pode promover um maior entendimento deste seguimento, bem como desenvolver melhoria na qualidade do atendimento, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), que visa reforçar os princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, acredita-se que a avaliação dos usuários sobre os serviços que recebe, faz-se necessária para que haja qualificação do cuidado em saúde.

6 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, que compõem o Sistema Suplementar de Saúde, bem como os sujeitos com sequelas de Lesão Cerebral (LC), que realizam acompanhamento terapêutico nesses serviços e, ainda, a satisfação dos mesmos em relação ao serviço.

Identificou-se que a maioria caracterizou-se por homens, casados e com nível de escolaridade fundamental incompleto. A classe social prevalente foi a B2.

O diagnóstico mais evidenciado foi o AVC, seguido do TCE, tumor e anóxia cerebral por insuficiência cardíaca, tendo a hemiplegia direita como sequela mais presente. Constatou-se que as sequelas impostas após LC, geram limitações de funções corporais, levando a sujeito a necessitar de reabilitação, especialmente de serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional, a fim de suprir suas limitações.

O estudo revelou, ainda, um número reduzido de sujeitos com LC nos serviços, fato este, explicado pela maioria da procura ser a serviços de atendimento domiciliar realizado pelas clínicas e/ou consultórios. Observou-se, também, a carência no cuidado interdisciplinar, bem como, a ausência de serviços de Terapia Ocupacional destinado a reabilitação de adultos com necessidades pós LC.

Na satisfação dos usuários, concluiu-se que a maioria dos sujeitos referiu estar satisfeitos com o atendimento recebido. A Fisioterapia detém diversas pesquisas relacionadas à satisfação de seus usuários. Constatou-se a escassez de estudos destinados ao Sistema Suplementar de Saúde, e também estudos destinados à Fonoaudiologia no que diz respeito a avaliação de serviços.

Nesse sentido, sugere-se a realização de outros estudos abrangendo esta temática a fim de ressaltar as necessidades dos sujeitos com LC, bem como, a necessidade de melhoria no serviço ofertado a seus usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, G. G. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: **Hucitec**, 2006.
- ARRAIS JÚNIOR, S. L.; LIMA, A. M.; SILVA, T. G. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. **R. Interd.** v. 9, n. 3, p. 179-184, 2016.
- ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*, v. 21, n.61, p. 321-32, 2017.
- BACHA, S. M. C.; OSÓRIO, A. M. N. Fonoaudiologia & educação: uma revisão da prática histórica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.6, n.2, p.215-21, 2004.
- BACTHELOR, C.; OWENS, D. J.; BLOOR, M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. **Int J Health Care Qual Assur.** v. 7, p. 22-30, 1982.
- BARRETO, H. S.; RODRIGUES, R. M. Aproximações sobre a estrutura do mercado privado de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes. **Rev Perspectivas On-line**, v.4, n.13,p.145-57, 2010.
- BARROS, S. L. A.; PASSOS, N. R. S.; NUNES, M. A. S. N. Estudo inicial sobre Acidente Vascular Cerebral e serious game para aplicação no projeto “AVC” do núcleo de tecnologia da assistiva da UFS. **REVISTA GEITEC.**, v.3, n.1, p.121-43, 2012.
- BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. The users’ view on the delivery of speech therapy in the Brazilian Unified Health System in Salvador (Bahia, Brazil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1553-1564, 2009.
- BERBERIAN, A.P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. 2ºed. São Paulo: Summus, 2000.
- BORDIN D.; FADEL C. B.; MOIMAZ S. A. S.; GARBIN C. A.; SALIBA N. A. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.151-160, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out. 1988. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar :Rio de Janeiro: ANS, n. 4, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência, Brasília, 2008. [acesso em março 2017]. Disponível em:

<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/2006-Diretrizes%20e%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20cuidado%20integral-BRASIL-MS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**: Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios**. 3ª Edição. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores dados básicos** – Brasil, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos** - Brasil 2011. Indicadores de mortalidade. DATASUS Informações de Saúde – TABNET. Indicadores de saúde; 2010 [acesso em 2017 março 23]. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c08.def>.

BRASIL. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas energéticas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRUNO, A. A.; FARIA, C. A.; IRYIA, G. T.; DANILO MASIERO, D. M. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco – Centro de Reabilitação. **Acta Fisiátrica**. v. 7, n.3, p. 92-94, 2000.

CACHO, E. W. A.; MELO, F. R. L. V.; OLIVEIRA, R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. **Rev Neurocienc**. v. 12, p. 94-101, 2004.

CANCELA D. M. G. **O acidente vascular cerebral–classificação, principais consequências e reabilitação**. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf> <acesso em 15.10.2015>, p. 191-202, 2008.

CARRERA-GRANADOS, J. C. Efecto de la fisioterapia en un paciente con cuadriplejia porependimoma medular. **Rev Med Hered**, v.25, p. 149-152, 2014.

CARVALHO, R. C. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: **LUCIA M. C. S.; MIOTTO, E. C.; SCAFF M. Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.99-103, 2006.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, p. 2167-2177, 2007.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. C.; GARRAFA, V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Rev assoc med bras**, v. ;59, n.6, p. 600–606, 2013.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: **CRUZ, D. M. C. Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico**. São Paulo: Santos, 2012.

CECCATO, R. B. Aspectos Clínicos – Lesão Encefálica Adquirida. In: **MOURA E. W.; SILVA P. A. C. Fisioterapia – Aspectos Clínicos Práticos da Reabilitação**. São Paulo: Artes Médicas, p. 257-69, 2005.

CERVO, A. L.; BERVAIN, P. A. **Metodologia científica**. 5ª edição. São Paulo: Person Education, 2002.

CHAGAS, E. F.; TAVARES, M. C. A simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais. **Rev. Fisioter**. São Paulo, v.8, n.1, p.40-50, 2001.

COSTA, L. R. et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Rev bras fisioter**, v.16, n.5, p.422-30, 2012.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; MENGUE, S. S.; PEREIRA, M. A.; MALTA, D. C.; DA SILVA JÚNIOR, J. B. Obtaining drugs for hypertension and diabetes through the Brazilian People's Pharmacy Program: results of the National Health Survey, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n.1, p. 33-44, 2016.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos**. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

CRUZ, K. C.; DIOGO, M. J. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. **Acta Paul Enferm.** v. 22, p. 666-72, 2009.

DE GIROLAMI, U.; ANTHONY, D. C.; FROSCHE, M. P. Sistema Nervoso Central. In: **COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Patologia Estrutural e Funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000. cap. 30, p. 1155-1211.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab Med**, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

DORNELAS, L. F. Fisioterapia aquática associada á Toxina Botulínica Tipo A na hemiparesia: relato de caso. **Rev Neurocienc**, v.19, n.1, p.115-118, 2011.

DRAKE, R. L.; VOGL, W.; MITCHELL, A. W. Cabeça e Pescoço. In: **Gray's Anatomia para estudantes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 747 – 1.033, 2005.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revista atualiza o tema. **Epidemiol Serv Saúde**, v.21, n.4, p.529-32, 2012.

DUNCAN, P.W.; PROPST, M.; NELSON, S.G. Reliability of the Fugl-Meyer assessment of sensorimotor recovering following cerebrovascular accident. **Phys Ther.** v. 63, p.1606-10,1983.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 10, p. 303-12, 2005.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Satisfação de usuários: conceitos. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, p. 1267-1276, 2006.

FELÍCIO, D. N. L.; FRANCO, A. L. V.; TORQUATO, M. E. A.; VASCONCELOS, A. P. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. **RBPS**. v. 18, p. 64-69, 2005.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad Saúde Pública**. v. 14, p. 61-70, 1998.

FREITAS, R. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; LANA, F. C. F.; MALTA, D. C.; ANDRADE, E. I. G. A. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. R. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter Mov**, v. 24, n.3, p. 419-28, 2011.

GAUDÊNCIO, T. G.; LEÃO, G. M. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Rev Neurocienc**, v.21, n.3, p. 427-434, 2013.

GEOCADIN, R. G.; KOENIG, M. A.; JIA, X.; STEVENS, R. D.; PEBERDY, M. A. Management of brain injury after resuscitation from cardiac arrest. **Neurol Clin**, v.26, n.2, p. 487-506, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, p. 783-94, 2009.

GOMES, B. M.; NARDONI, G. C. G.; LOPES, P. G.; GODOY, E. The effect of global postural reeducation technique in a hemiparetic stroke patient. **ACTA FISIATR**, v. 13, n.2, p. 103-108, 2006.

GOUVEIA, P. A.; BRUCKI, S. M.; BOLOGNANI, S. P.; BEZERRA, A. B.; BUENO, O. F. O uso de procedimentos de estruturação de rotina em indivíduos com anóxia cerebral relato de caso. **Arq Neuropsiquiatr**, v.58, n.2, p. 560-565, 2000.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; JÚNIOR, P. R. B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, p. 1849-1861, 2011.

GRANADOS-CARRERA, J. C. Efecto de la fisioterapia en un paciente com cuadriplejia por ependimoma medular. **Rev Med Hered.** v. 25, p. 149-152, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2014.** [Acesso em 08 de abr. 2017]. Disponível em <http://www.ibge.br>

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M.; GOMES, R. C.; SILVEIRA, S. F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T. M. M.; et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/ precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad Saúde Pública.** v. 26, p. 918-28, 2010.

KAGAN, A; SALING, M. **Uma introdução a afasiologia de Luria: Teoria e Aplicação.** Editora: Artes Médicas, 1992.

LAZOFF, M. Encephalitis. eMedicine Consumer Health Web **Site [online]**, 2005.

LIMA, M. V. C.; GUIMARÃES, R. M. O.; SILVA, G. P. F.; MONT'ALVERNE, D. G. B. Perfil Clínico e Desmame Ventilatório de Pacientes Acometidos por Traumatismo Crânio-Encefálico. **Rev Neurocienc.** v. 20, p. 354-359, 2012.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med.** v. 16, p. 577-82, 1982.

LIZ, N. A.; ARENT, A.; NAZÁRIO, N. O. Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com TCE admitidos em unidade de tratamento intensivo. **Arq. Catarin. Med.** v. 4, p. 10-15, 2012.

LOUIS, D. N.; OHGAKI, H.; WIESTLER, O. D.; CAVENEE, W. K.; BURGER, P. C.; JOUVET, A.; et al. The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. **Acta Neuropathol,** v.114, n.2, p. 97-109, 2007.

MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev Bras Fisioter.** v. 12, n.5, p. 401-8, 2008.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. Functional (in) dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un) replaceable parents/caregivers. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 44, p. 53-60, 2010.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, 2008.

MALTA, L. D. C.; MOURA, E. C.; OLIVEIRA, M.; SANTOS, F. P. Usuários de plano de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos por inquérito telefônico, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública.** v. 27, p. 57-66, 2011.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 20, n.4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; SILVA, JUNIOR J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv Saude**, v.22, n.1, p. 151-64, 2013.

MALTA, D. C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciênc, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.4341-50, Jan. 2014.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T.; NUNES, M. L.; DE OLIVEIRA, M. M.; ISER, B. P.; ANDRADE, S. S.; CLARO, R. M.; MONTEIRO C. A.; DA SILVA, J. B. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 23(4):609-622, 2014.

MARIANI, B. Z.; GUARINELLO, A. C.; MASSI, G.; TONOCCHI, R.; BERBERIAN, A. P. O trabalho fonoaudiológico em uma clínica dialógica bilíngue: estudo de caso. **CoDAS**, v.28, n.5, p. 653-660, 2016.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014

MENDONÇA, K. M. P. P.; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Rev. bras. Fisioter.** v. 11, p. 369-376, 2007.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais.** 2º ed. – São Paulo: Atlas, 2009.

MILES, H. B.; STEVEN, L. W. Acute community-acquired meningitis and encephalitis. **The Medical Journal of Australia**, v 176, n. 8, p. 389-396, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** Estimativa 2012 – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

MOREIRA, M. D.; MOTA, B. H. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. CEFAC**, v.11, n.3, p. 526-521, 2009.

MOURA, J. C.; RANGEL, B. L.; CREÔNCIO, S. C.; PERNAMBUCO, J. R. Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco. **Arq Bras Neurocir**, v. 30, n.3, p. 99-104, 2011.

MOURA, R. M. B.; MOTA, W. G.; MOURA, G. J. B.; LOPES, D. P.; DAHER, C. R. M. A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. **Scire Salutis, Aquidabã**, v.2, n.2, p.16-28, 2012.

NAVES, C. R.; BRICK, V. S. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1525-1534, 2011.

NOVAES-PINTO, R. C. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. **Letras de Hoje**. v. 47, 2012.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Rev Bras Hipertens**, v.8, n.3, 2001.

OLIVEIRA, C. E. N.; SALINA, M. E; ANNUNCIATO, N. F. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n.1, p. 6-13, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com [periódico da internet]**. 2011.

PETRI, C. F. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

PEREIRA, A; MAIA, L. **Intervenção Neuropsicológica: Tumor Cerebral. Universidade da Beira Interior, Portugal**. Dissertação (mestrado), 2016

PERES, A. C.; ASANO, C.; CAVALHAES, C. L.; CESAR, M. F. Alterações clínicas dos pacientes com lesão encefálica adquirida que interferem no tratamento odontológico. **ACTA FISIATR**, v. 18, n.3, p. 119 – 123, 2011.

PERRY, J. **Marcha Patológica**. São Paulo: Manole, 2005.

PIETROBON, L; DO PRADO, M.L; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 767-783, 2008.

PITILIN, E. B.; SCHUCK, D.; BEDIN, R.; GASPARIN, A.; SBARDELOTTO, T. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: um estudo de base populacional. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.2, p. 204-211, 2016.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J. G.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**. v.62, n.3, p. 844-851, 2004.

POMMEREHN J. **O acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas acometidas por lesões neurológicas**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

PONTE, A. S. **O cotidiano e a condição laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.10, p.3171-3182, 2016.

PONTES, T. B.; POLATAJKO, H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2016

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n.2, p. 205-12, 2013.

REBELATTO, JR.; BOTOMÉ, SP., 1999. Fisioterapia no Brasil. **Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Manole.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, R. A Fisioterapia no contexto da política de saúde no brasil: aproximações e desafios. **Revista perspectiva online**, v.2, n.8, 2008.

RODRIGUES, R. M.; RAIMUNDO, C. B.; SILVA, K. C. Satisfação dos usuários dos serviços privados de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. **PERSPECTIVASONLINE**, v.4, n.14, 2010.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de Regulação dos planos de saúde. **o&s - Salvador**, v.19 - n.62, p. 471-487, 2012.

SAMUELS, M. A. **Manual de neurologia: diagnóstico e tratamento**. 7a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2007.

SANTOS, M. A.; SARDINHA, A. H. L; SANTOS, L. N. Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n.1, p. 57506, 2017.

SENARATH, U.; FERNANDO, D. N.; RODRIGO, I. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. **Tropical Medicine and International Health**. v. 11, p. 1442-1451, 2006.

SILVA, J. A.; RIBEIRO, L. C.; SILVEIRA, M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família no Bairro Furtado de Menezes – Juiz de Fora/MG. XIV

Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Minas Gerais – Brasil, 2004. Disponível em: < www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_642.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2017.

SILVA, C. B.; BRASIL, A. B. S. D.; BONILHA, B.; MASSON, L.; FERREIRA, M. S.; NEVES, R. C. M.; LOLO, C. S. Retorno à produtividade após reabilitação de pacientes deambuladores vítimas de trauma craneoencefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.15, p. 6-11, 2008.

SILVA, D. C.; COSTA, N. B.; SALÍCIO, V. M.; SHIMOYA-BITTENCOURT W.; SALÍCIO M. A. A percepção do usuário em relação ao atendimento prestado do serviço e do tratamento fisioterapêutico em um centro de reabilitação da cidade de Várzea Grande-MT. **Revista Eletrônica do UNIVAS**. v.10, p. 16-32, 2013.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M.; SOUZA, C. G.; SILVA, P. M.; RODRIGUES, A. T. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar Saúde. **Soc. São Paulo**. v.22, p.773-784, 2013.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface (Botucatu)**. v.18, n.48, p. 75-86, 2014.

SILVA, S. R.; ARAÚJO, M. Z.; TACIO, R.; DA SILVA, J.; PEREIRA, B. B.; MEDEIROS, A.C. O traumatismo craniano encefálico moderado e grave. **INTESA (Pombal - PB - Brasil)** v. 9, n.1, p. 38-42, 2015.

SILVA, C. R.; POELLNITZ, J. C. V. Atividades na formação do terapeuta ocupacional. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 26, n.1, p. 74-82, 2015.

SILVA, J.A.; SOUZA, A. R.; FEITOZA, A. R.; CAVALCANTE, T. M. C. Traumatismo Cranioencefálico no Município de Fortaleza. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 1, p. 22-26, 2017.

SHIN, C. G.; TOLDRÁ, R. C. Terapia ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura/Occupational therapy and stroke: literature integrative review. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, 2015.

SOHLBERG MM, MATEER CA. Distúrbios neurológicos associados às limitações cognitivas. In: **SOHLBERG MM, MATEER CA. Reabilitação cognitiva**. São Paulo: Santos; p.25-58, 2009.

SOTELO, J.; DEL BRUTTO, O. Brain cysticercosis. **Archives of Medical Research**, v. 31, n. 1, p.3-14, 2000.

SPACCAVENTO, S.; CRACA, A.; DEL PRETE, M.; FALCONE, R.; COLUCCI, A.; DI PALMA, A.; LOVERRE, A. Quality of life measurement and outcome in aphasia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v.10, 2014.

STARFIELD, B. **Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson; 2004.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, p.643-655, 2006.

TALARICO, T. R.; VENEGAS, M. J.; ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Rev. CEFAC**. v. 13, p. 330-339, 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, 2004.

TEIVE, H. A. G.; MUNHOZ, R. P.; CARAMELLI, P. Historical aphasia cases “Tan-tan”, “Vot-vot”, and “Cré nom!”. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 69, n.3, p.555-558, 2011.

TELES, A. R. A. **A informalidade do cuidar – vivências do cuidador familiar informal no cuidado à pessoa com afasia após um AVC**. Dissertação (mestrado) Instituto Politécnico de Viana Castelo. Escola Superior de Saúde, 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, p. 190-198, 2004.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**. v. 38, p. 509-16, 1994.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; VANCINI, R. L.; LIRA, A. B.; LOPES, M. C.; OKUNO, M. F.; BATISTA, R. E.; ATALLAH, A. N.; GÓIS, A. F. T. Um ano de seguimento da condição neurológica de pacientes pós-parada cardiorrespiratória atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Einstein**, v.13, n.2, p.183-8, 2015.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 599-613, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A - Carta de Apresentação

Prezado(a) Senhor(a),

Apresentamos o Projeto de Mestrado “REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÕES CEREBRAIS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS” que tem como objetivo: analisar a satisfação dos usuários dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional integrantes do sistema suplementar de saúde, no município de Santa Maria/RS. Para tanto será necessária consulta aos prontuários dos sujeitos com sequelas de lesões encefálicas que realizam acompanhamento especializado nessa instituição, buscando identificar o contato telefônico, para prosseguindo da coleta dos demais dados da presente pesquisa bem como, informações referentes a estrutura e processo de trabalho por meio de aspectos de gestão dessa instituição.

Ressalta se que a presente pesquisa não tem vínculo com quaisquer órgãos de fiscalização (CREFITO, CREFONO, ANVISA, ANS, entre outros).

As informações a serem oferecidas para o pesquisador serão armazenadas em banco de dados por 5 (cinco) anos e serão utilizadas sem prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, guardando-se o anonimato de tais informações.

A pesquisa será coordenada pela Prof^a. Dra. Elenir Fedosse e desenvolvido pela mestranda Mithielle de Araujo Machado, iniciada após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/12 e regulamentações correlatas). Portanto, solicitamos a V. S.^a, a autorização para realização da pesquisa.

_____, _____ de 20 ____.

Atenciosamente

Pesquisador responsável

Elenir Fedosse

Pesquisador responsável

Mithielle de Araujo Machado

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Sujeitos com Lesões Cerebrais (TCLE)

Título do estudo: REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÕES CEREBRAIS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Pesquisadoras responsáveis: Elenir Fedosse e Mithielle de Araujo Machado.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para contato: (55) 91510973; (55) 99023839.

Locais de coleta de dados:

Prezado (a) Senhor (a):

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa - Rede suplementar de reabilitação a adultos com lesões cerebrais do município de Santa Maria/RS, sob a responsabilidade da Profª Dra. Elenir Fedosse e da mestrandia Mithielle de Araujo Machado, o qual pretende avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional da rede privada de saúde na cidade de Santa Maria/RS.

Sua participação é de forma voluntária, o(a) Sr(a) responderá a dois questionários e uma entrevista, sendo respectivamente: Questionário da Avaliação da Satisfação dos Usuários, Critério de Classificação Socioeconômica do Brasil-CCEB e Entrevista com Usuários do Sistema Complementar de Saúde, a aplicação destes questionários e entrevista será realizada na clínica e/ou consultório que realiza atendimento.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder ao primeiro questionário, é muito importante que o(a) Sr(a) compreenda as informações e as instruções contidas neste documento: 1) Os pesquisadores deverão sempre responder as suas dúvidas; 2) as entrevistas tem perguntas sobre sua satisfação em relação ao serviço ofertado; 3) os questionários aplicados (Questionário da Avaliação de Satisfação dos Usuários e o CCEB) mensuram a satisfação do usuário para com a assistência recebida pelo serviço especializado em saúde, e indica o potencial de consumo das famílias brasileiras.

Se depois de consentir sua participação, o(a) Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela participação. Pode acontecer de o(a) Sr(a) se sentir cansado ou constrangido durante as entrevistas, nesse caso pode pedir para parar as atividades, sem nenhum problema, e até mesmo desistir da pesquisa

As entrevistas e questionários serão aplicados em um único encontro. Se houver necessidade de parar no decorrer da aplicação dos instrumentos, um novo encontro será pré-agendado conforme sua disponibilidade. O benefício apresentado pela pesquisa está relacionado à ampliação de sua compreensão sobre a sua satisfação em relação ao serviço especializado (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) ofertado aos sujeitos com lesões cerebrais na cidade de Santa Maria, bem como a discussão para a melhoria do serviço já ofertado.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada em nenhum momento, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones (55) 91642662 ou (55) 99023839, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM.

Eu, _____, fui informado e entendi sobre o que as pesquisadoras querem fazer e o porquê precisa da minha colaboração. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa; sei que não vou ganhar e nem gastar dinheiro algum, que também posso sair da pesquisa quando quiser. Este documento é emitido em duas vias; ambas assinadas por mim e pelas pesquisadoras, ficando uma via com cada um de nós.

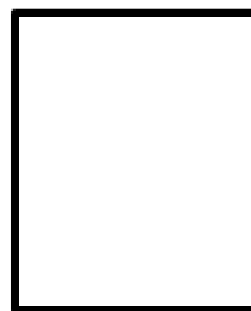
Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Elenir Fedosse

Pesquisador responsável

Mithielle de Araujo Machado



Impressão do dedo
polegar caso não
possa assinar

Apêndice C – Termo de Confidencialidade

Apêndice A - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Estudo da Rede Suplementar de Reabilitação a Adultos com Lesões Encefálicas do Município de Santa Maria/RS

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/
Departamento de Fonoaudiologia.

Responsáveis: Elenir Fedosse e Mithielle de Araujo Machado.

Telefones para contato: (55) 91510973; (55) 99023839.

Locais da coleta de dados: Clínicas e consultórios de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio de questionários e entrevistas individuais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto de pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas com as pesquisadoras por um período de cinco anos sob a responsabilidade da orientadora Prof^a Dra. Elenir Fedosse, armazenadas em Banco de Dados em um armário chaveado (patrimônio 094926), na sala número 10, no 1º andar, do Prédio de Apoio (Antigo Hospital Universitário de Santa Maria) – UFSM Rua Floriano Peixoto, nº 1750, sala 10, 1º andar, Centro - 97015-372; Santa Maria - RS; após o período estipulado de cinco anos os questionários serão incinerados.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, 01 de Setembro de 2016.

Elenir Fedosse

Elenir Fedosse

Prof^a Elenir Fedosse
CRFⁿ 3670/SP-T/RS
Departamento de Fonoaudiologia
SIAPE 1712454

Apêndice D- Termo de autorização institucional

Eu, _____,
responsável pela instituição _____, declaro
que tenho conhecimento do teor do Projeto de Mestrado – **“REDE SUPLEMENTAR
DE REABILITAÇÃO A ADULTOS COM LESÕES CEREBRAIS DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS”** - proposto pela mestranda Mithielle de Araujo
Machado (Matrícula 201570338), sob orientação da Profa. Dra. Elenir Fedosse (SIAPE
1713454), vinculadas ao Programa de Pós-Graduação Distúrbios da Comunicação
Humana – Universidade Federal de Santa Maria.

Disponho de uma minuta do referido Projeto de Pesquisa, a partir do qual poderei
acompanhar o processo de coletas de dados. Fui esclarecido(a) de que a pesquisa não tem
vínculo com quaisquer órgãos de classe e/ou fiscalização (CREFITO, CREFONO,
ANVISA, ANS, entre outros) e que receberei informações pertinentes à instituição sob
minha responsabilidade oportunamente, assim como serei informado (a) das produções
científicas dela decorrente. Nestes termos, autorizo a realização da pesquisa nesta
instituição.

Santa Maria dede

Responsável pelo serviço

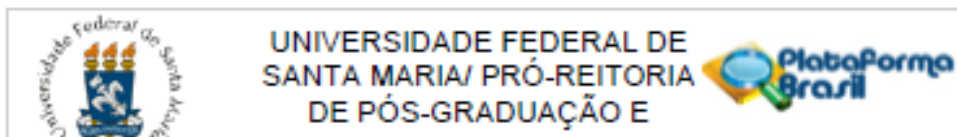
Apêndice E - Entrevista com Usuários da Rede Suplementar de Saúde

Sujeito _____ Serviço _____ Plano _____

Sexo:	Idade:	Raça:	Estado civil:
Escolaridade:			
1) Endereço:			
2) Possuía problema de saúde anteriormente ao episódio neurológico:			
3) Problema(s) de Saúde atual:			
4) Faz uso de medicamentos/quais:			
5) Diagnóstico Neurológico			
6) Data do episódio neurológico:			
7) Sequelas neurológicas			
8) Recebe acompanhamento/atendimento especializado e qual(is):			
9) Recebe acompanhamento/atendimento quantas vezes na semana:			
10) Há quanto tempo usa este plano de saúde:			
11) Qual(is) motivo(s) para usar plano de saúde:			
12) Seu plano/convênio de saúde cobre integralmente seu acompanhamento/atendimento especializado:			
13) Paga algum valor para a realização do acompanhamento/atendimento especializado:			
14) Como você avalia o processo de recuperação da lesão neurológica a partir do(s) acompanhamentos/atendimento(s) recebido(s)			
15) Os profissionais que o atendem indicaram outros tipos de acompanhamento/atendimento além dos realizados			
16) Você acha necessário realizar outros tipos de acompanhamento/atendimer além dos realizados			

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA REDE SUPLEMENTAR DE REABILITAÇÃO À ADULTOS COM LESÕES ENCEFÁLICAS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61019516.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.812.222

Apresentação do Projeto:

As lesões encefálicas adquiridas (LEA) são danos que ocorrem no encéfalo após o nascimento, causadas de diferentes formas; os Traumatismos Crânioencefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são as causas mais comuns. Essas lesões produzem limitações aos sujeitos acometidos e, por isso, requerem cuidados especializados, por exemplo, os de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional, que visam minimizar as limitações e potencializar as capacidades remanescentes. O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe o acesso universal à saúde para os cidadãos brasileiros, mas também pressupõe o acesso por meio de convênios e/ou serviços privados de assistência à saúde. O sistema de saúde suplementar é composto por ações e serviços prestados pela iniciativa privada. De acordo com os princípios constitucionais, a iniciativa privada tem o direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao sistema público. A expansão do acesso ao setor suplementar, após a instituição do SUS, impôs a necessidade de avaliação dos serviços ofertados. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo conhecer a população atendida e analisar sua satisfação em relação aos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional da rede privada de saúde na cidade de Santa Maria/RS. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quali-quantitativa, envolvendo os profissionais de clínicas e consultórios especializados em Fisioterapia,

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que prestam serviços particulares e/ou através de planos/convênios de saúde a sujeitos com lesão encefálica adquirida, residentes na cidade de Santa Maria/RS. As pessoas com lesão encefálica, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos atendidas nesses serviços também serão sujeitos deste estudo. Para conhecer e analisar a estrutura e o processo de trabalho dos estabelecimentos suplementares de saúde será aplicado o Roteiro de Verificação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e para analisar a satisfação dos usuários de tais serviços em relação ao cuidado ofertado serão usados os questionários - Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB), o questionário de Satisfação do Usuário e um, especialmente elaborado para esta pesquisa, contendo também informações sobre as condições de saúde dos mesmos.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a satisfação dos usuários acometidos por LEA dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional integrantes do sistema suplementar de saúde, na cidade de Santa Maria/RS.
- Mapear a distribuição dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, bem como identificar e analisar estrutura e processo de trabalho dos serviços integrantes do sistema suplementar do município de Santa Maria/RS, especializados no atendimento de sujeitos com LEA;
- Identificar e analisar a estrutura e o processo de trabalho dos serviços conveniados e privados de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional integrantes do sistema suplementar de Santa Maria/RS, especializados no atendimento de sujeitos com LEA;
- Analisar o acesso de sujeitos com LEA aos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional pertencentes ao sistema suplementar de saúde do município de Santa Maria/RS;
- Traçar o perfil socioeconômico, das patologias e das sequelas neurológicas dos sujeitos com LEA atendidos nos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional integrantes do sistema suplementar do município de Santa Maria/RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O benefício apresentado pela pesquisa está relacionado à ampliação da compreensão do sujeito sobre a sua satisfação em relação ao serviço especializado (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) ofertado. Pode acontecer de o sujeito se sentir cansado ou constrangido durante as entrevistas, nesse caso, as atividades serão interrompidas e posteriormente retomadas, ou até mesmo, o sujeito poderá desistir da pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.012.222

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho consiste em um projeto de mestrado cujo objetivo é analisar a satisfação dos usuários acometidos por LEA dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional integrantes do sistema suplementar de saúde, na cidade de Santa Maria/RS. Respeita os preceitos éticos e a metodologia é adequada para que se responsabilizem aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_753244.pdf	13/10/2016 15:12:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	IMG_0020.pdf	13/10/2016 14:51:15	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	IMG_0009.pdf	13/10/2016 14:42:12	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0008.pdf	13/10/2016 14:39:19	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0007.pdf	13/10/2016 14:38:46	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0006.pdf	13/10/2016 14:37:49	Elenir Fedosse	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.012.222

Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0005.pdf	13/10/2016 14:37:28	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0004.pdf	13/10/2016 14:37:00	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0003.pdf	13/10/2016 14:36:28	Elenir Fedosse	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0002.pdf	13/10/2016 14:34:18	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	13/10/2016 14:32:04	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	13/10/2016 14:31:51	Elenir Fedosse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PM.doc	05/07/2016 14:57:47	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	SIE1.pdf	05/07/2016 14:49:34	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	SIE2.pdf	05/07/2016 14:48:54	Elenir Fedosse	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	05/07/2016 14:19:50	Elenir Fedosse	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – Questionário de Satisfação dos Usuários

Idade _____ **Escolaridade** () Nível Fundamental Incompleto () Nível Fundamental Completo () Nível Médio Incompleto () Nível Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Especialização/Residência () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

Sexo () Masculino () Feminino

Estado Civil () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () União Estável () Não sabe/Não respondeu

Raça/cor? () Branco(a) () Preto(a) () Amarelo(a) () Pardo(a) () Indígena () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 1- Quanto tempo o(a) senhor(a) esperou para marcar este atendimento?

() até 15 dias () de 16 a 30 dias () de 31 a 60 dias () de 61 a 90 dias () de 3 meses a 6 meses () de 6 meses a 1 ano () mais de 1 ano () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 1B- O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para marcar o atendimento foi:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 2- No dia do atendimento, quanto tempo o(a) senhor(a) levou para ser atendido?

() Até 30 minutos () Até 1 hora () Até 2 horas () Até 4 horas () Até 12 horas () Mais de 12 horas () Não sabe/não respondeu

Pergunta 2B- O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para ser atendido foi:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 3- No geral, como o(a) senhor(a) julga a limpeza dos ambientes?

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 4-Como o(a) senhor(a) avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir?

() Muito Boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 5-Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento da recepção?

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 6-Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento do profissional/equipe de saúde?

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 7- O(a) senhor(a) sentiu segurança/confiança no profissional/equipe de saúde durante o atendimento?

() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 8- Como o(a) senhor(a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 9- De uma maneira geral, como o(a) senhor(a) avalia este estabelecimento de saúde?

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 10-O(a) senhor(a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?

() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 11-O(a) senhor(a) pagou por algum valor durante este atendimento?

() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 11 B- O quê pagou? _____

ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Itens de Conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	
Fundamental completo/Médio incompleto	
Médio completo/Superior incompleto	
Superior completo	