

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

**Jodeli Pommerehn**

**O ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR  
PESSOAS ACOMETIDAS POR LESÕES NEUROLÓGICAS**

Santa Maria, RS  
2016



**Jodeli Pommerehn**

**O ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR PESSOAS  
ACOMETIDAS POR LESÕES NEUROLÓGICAS**

Dissertação apresentada ao Curso 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: Prof<sup>a</sup> Dra. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS  
2016

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

Pommerehn, Jodeli  
O ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR PESSOAS  
ACOMETIDAS POR LESÕES NEUROLÓGICAS / Jodeli Pommerehn.-  
2016.

153 f.; 30 cm

Orientador: Elenir Fedosse  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016

1. Acesso ao Cuidado Especializado 2. Terapia  
Ocupacional 3. Fonoaudiologia 4. Fisioterapia 5. Lesões  
Neurológicas I. Fedosse, Elenir II. Título.

Todos os direitos autorais reservados a Jodeli Pommerehn. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte. Endereço: Av. Presidente Vargas, n. 445, bloco 8b, apto 303, Bairro Parque, Rio Grande, RS, CEP 96202-100, Fone (0xx) 55 91642662, E-mail jodelipo@gmail.com.

**Jodeli Pommerehn**

**O ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR PESSOAS  
ACOMETIDAS POR LESÕES NEUROLÓGICAS**

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 12 de julho de 2016:**

---

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

---

**Ana Luiza Ferrer, Dra (UNICAMP)**

---

**Valdete Alves Valentins dos Santos Filha, Dra (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2016



## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a todos seres de luz que me acompanharam, fortaleceram e protegeram nessa caminhada. Ao auxílio, compreensão e apoio de várias pessoas, que contribuíram para que esse trabalho fosse realizado, no entanto, agradeço de forma especial, as pessoas abaixo nominadas.

Ao meu namorado **Dimitry**, palavras são insuficientes para descrever toda minha gratidão! Meu amor, companheiro, cúmplice e confidente, sempre ao meu lado em todos momentos. Obrigado pela paciência, carinho, confiança e força. Te amo muito! Também meu fiel amigo e companheiro Pingo que sempre esteve cuidando de mim e alegrando meus dias!

Aos meu pais, **Vânia e Gustavo**, meu irmão, **Jardel**, cunhada, **Fabiane**, sogros, **Iracê e Ademar**, família **Pommerehn e Mello** meu infinito agradecimento! Sempre acreditaram no meu potencial e me fortaleceram com abraços, palavras e amor. Não poderia deixar de agradecer a compreensão pelas minhas ausências.

À Profa. **Elenir Fedosse**, pela oportunidade de crescer pessoal e profissionalmente ao seu lado, pela confiança em mim depositada e por todo incentivo, apoio e acolhimento, grata por tudo.

Às Profas. **Valdete Alves Valentins dos Santos Filha e Ana Luiza Ferrer**, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições por ocasião da qualificação e defesa deste trabalho.

Aos **Profissionais** do Hospital Universitário de Santa Maria que acreditaram na minha proposta e sempre estiveram dispostos a me auxiliar. Muitas amizades e conhecimentos foram acrescidos a minha vida.

Aos **Sujeitos com Lesão Neurológica** e seu **Familiares/cuidadores** pelo tempo disponibilizado para contribuir com este estudo. Extremamente grata!

As Amoras **Aline, Andreise, Bárbara, Mithielle, Rosinéia, Silvana, Thaís**, em especial a minha fonte de inspiração **Miriam**, que sempre estiveram me cuidando e fortalecendo. Amo-as!

As Colegas e Amigas **Emilyn e Juliana** que compartilharam todos momentos desse processo, meu eterno carinho e gratidão!

Agradeço as **alunas da graduação em Fonoaudiologia**, com as quais tive o privilégio de conviver durante suas práticas na comunidade e que me acolheram com muito carinho. Em especial a **Luciele e Leonara** as quais me auxiliaram nessa etapa, minha gratidão. Serão eternamente minhas parceiras prediletas.

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

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** pelo apoio financeiro.



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1 — Acesso ao cuidado especializado no Pronto Atendimento adulto (n=374).....	67
Tabela 2 — Acesso ao cuidado especializado na Sala de Recuperação de Anestésico (n=33).....	67
Tabela 3 — Acesso ao cuidado especializado na Unidade de Tratamento Intensivo (n=60).....	67
Tabela 4 — Acesso ao cuidado especializado na Clínica Médica (n=173).....	67
Tabela 5 — Acesso ao cuidado especializado no Serviço de Atenção Domiciliar (n=38).....	68

### ARTIGO 2

Tabela 1 — Encaminhamento e acesso ao cuidado especializado (n=45) .....	92
Tabela 2 — Acesso ao cuidado especializado após alta hospitalar suas barreiras e facilitadores (n=45).....	92
Tabela 3 — Distribuição dos tipos de lesão neurológica por faixa etária (n=45).....	92
Tabela 4 — <i>Check list</i> da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (n=45).....	93
Tabela 5 — Acesso aos cuidados especializados e Qualidade de Vida (n=45).....	94



## **LISTA DE QUADROS**

### **ARTIGO 1**

Quadro 1 — Fatores de risco nas lesões neurológicas (n=391).....67

### **ARTIGO 2**

Quadro 1 — Caracterização sociodemográfica dos sujeitos acometidos neurologicamente  
(n=45).....92

### **DISCUSSÃO**

Quadro 1— Serviços de Reabilitação Neurológica e Abordagem Terapêutica .....96



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular Cerebral hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doença
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CM	Clínica Médica
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DP	Doença de Parkinson
EM	Esclerose Múltipla
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IT	Itinerário Terapêutico
LN	Lesão Neurológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
QV	Qualidade de Vida
SMS	Serviço Municipal de Saúde
SN	Sistema Nervoso
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raqui Medular
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>



## RESUMO

### O ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR PESSOAS ACOMETIDAS POR LESÕES NEUROLÓGICAS

AUTORA: Jodeli Pommerehn

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

**Objetivo:** Analisar o acesso de adultos com Lesão Neurológica (LN) ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, no contexto hospitalar e no retorno ao domicílio, as condições de saúde e a Qualidade de Vida (QV) dessas pessoas. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, documental e quantitativo. A amostra foi composta por sujeitos com LN, de idade superior a 18 anos que acessaram um hospital público e regional, entre março de 2015 e fevereiro de 2016. A coleta foi realizada por formulário, entrevistas semiestruturadas, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e *World Health Organization Quality of Life Bref*. A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Software Statistica 9.1*. **Resultados:** Os resultados são discutidos em dois artigos – o primeiro – Caracterização de sujeitos com Lesões Neurológicas e Acesso ao Cuidado Hospitalar em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – cujo objetivo foi caracterizar as condições de saúde de 391 sujeitos com LN e analisar o acesso ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante internação hospitalar. A média de idade foi 53,9 anos, predominando o sexo masculino (57,3%) e cor branca (91,8%). As LN por Acidente Vascular Cerebral (AVC) [36,3%] predominaram; 66,5% do tipo hemorrágico. Os fatores de risco prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (49,0%), Tabagismo (29,9%) e Diabetes *Mellitus* (19,9%). O acesso ao cuidado fisioterápico foi de 36,0%, à Fonoaudiologia de 23,5% e à Terapia Ocupacional de 5,6%. No Pronto Atendimento, a Fonoaudiologia cuidou de 10,0% dos sujeitos e a Terapia Ocupacional de 0,3%; na Sala de Recuperação de Anestésico de 0,5% e 0%; na Unidade de Tratamento Intensivo de 30% e 0,2%; na Clínica Médica de 30,6% e 14,4 e no Serviço de Atenção Domiciliar de 76,3% e 15,8%, respectivamente. O segundo artigo – Acesso ao Cuidado Especializado: uma análise das Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Sujeitos com Lesão Neurológica – analisou o acesso à reabilitação neurológica após a alta hospitalar, as condições de saúde e a QV de 45 sujeitos, residentes no município de localização do hospital. Grande parte (68,2%) não teve acesso ao cuidado fisioterápico, fonoaudiológico e em Terapia Ocupacional; 46,7% atribuíram dificuldade à desorganização dos serviços; 95,0% por desconhecimento. Prevaleram lesões decorrentes de Traumatismo Crânio Encefálico (39,0%) e AVC (32,0%). A maioria, segundo a CIF, tem alterações físicas (60,9%) e/ou mentais (58,7%) as quais dificultaram a retomada ao cotidiano (87,0%); a média geral da QV foi de 64,1, sendo o domínio físico e ambiental os mais afetados. **Conclusão:** O acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, fundamental para minimizar os agravos da LN, foi restrito no contexto hospitalar e ambulatorial por fragmentação e insuficiência da Rede Pública de Cuidado Neurológico e/ou por escassa informação dos sujeitos com LN de como cuidar da saúde. As LN foram prevalentemente relacionadas aos AVC hemorrágicos e Traumatismos Crânio Encefálicos, acometendo sujeitos do sexo masculino em idade produtiva, gerando restrições e incapacidades (físicas e mentais) que comprometeram a QV dos sujeitos (domínio físico e ambiental).

**Palavras Chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Hospitalar; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional.





## ABSTRACT

### ACCESS TO SPECIALIZED HEALTH CARE FOR PEOPLE AFFECTED BY NEUROLOGICAL INJURIES

AUTHOR: Jodeli Pommerehn

SUPERVISING PROFESSOR: Elenir Fedosse

**Objective:** To assess adult access with Neurological Injury (NI) to specialized care in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, in hospital and home contexts, as well as health and quality of life (QOL) of these people. **Materials and Methods:** This is a descriptive, document and quantitative study. The sample consisted of individuals with NI, aged over 18 years old who have gone to a public and regional hospital between March 2015 and February 2016. The data was collected by form, semi-structured interviews, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the World Health Organization Quality of Life Bref. Statistical analysis was performed using the Statistica 9.1 software. **Results:** The results are discussed in two articles: the first – Characterization of Individuals with Neurological Injury and Access to Hospital Care in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy – aimed to characterize the health conditions of 391 individuals with NI and analyze the access to specialized care in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy during hospitalization. The average age was 53.9 years, predominantly males (57.3%) and white (91.8%). NI for Cerebrovascular Accident (CVA) [36.3%] predominated; 66.5% of the hemorrhagic type. The prevalent risk factors were systemic arterial hypertension (49%), smoking (29.9%) and diabetes mellitus (19.9%). Access to Physiotherapy care was 36%, to Speech Therapy, 23.5%, while to Occupational Therapy, 5.6%. In the Emergency Department, Speech Therapy has taken care of 10% of individuals, while Occupational Therapy of 0.3%; in the Anesthetic Recovery Room, 0.5% and 0%; in the Intensive Care Unit, 30% and 0.2%; in the Medical Clinic, 30.6% and 14.4 and in the Home Care Service, 76.3% and 15.8%, respectively. The second article – Access to Specialized Care: An Analysis of Health Conditions and Quality of Life of Individuals with Neurological Injury – analyzed the access to neurological rehabilitation after hospital discharge, the health and QOL of 45 individuals resident in the hospital's city. Most (68.2%) had no access to Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy cares; 46.7% attributed this difficulty to the disorganization of services; 95%, to the absence of information. Damages from Traumatic Brain Injury (39%) and Cerebrovascular Accident (32%) were prominent. Most, according to ICF, has physical (60.9%) and/or mental (58.7%) changes, which hampered the return to everyday life (87%); the overall mean of QOL was 64.1, and the physical and environmental field, the most affected. **Conclusion:** The access to Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, fundamental to minimize aggravations of NI, was restricted in hospitals and outpatient contexts due to the fragmentation and failure of Neurologic Care in Public Health and/or absence of information of individuals with NI on health caring. The NI were predominantly related to hemorrhagic stroke and traumatic brain injury, affecting male individuals in working-age, creating restrictions and disabilities (physical and mental) that decrease the QOL of those individuals (in physical and environmental fields).

**Keywords:** Access to Health Services; Hospital Care; Physiotherapy; Speech Therapy; Occupational Therapy.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE E <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</i> .....	17
2.2 LESÕES NEUROLÓGICAS.....	19
2.3 CUIDADOS ESPECIALIZADOS DEDICADOS A SUJEITOS COM LN: A ATUAÇÃO FISIOTERÁPICA, FONOAUDIOLÓGICA E EM TERAPIA OCUPACIONAL.....	22
2.4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E LEGAIS DO ACESSO EM SAÚDE .....	26
2.5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO .....	29
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	31
3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	32
3.3 AMOSTRA, LOCAL E PERÍODO DE COLETA.....	33
<b>3.3.1 Âmbito hospitalar.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.2 Âmbito domiciliar .....</b>	<b>34</b>
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	34
<b>3.4.1 Âmbito hospitalar .....</b>	<b>34</b>
<b>3.4.2 Âmbito domiciliar .....</b>	<b>35</b>
3.5 COLETA DE DADOS.....	35
<b>3.5.1 Âmbito hospitalar.....</b>	<b>35</b>
<b>3.5.2 Âmbito domiciliar .....</b>	<b>36</b>
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.7 ORGANOGRAMA .....	38
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
4.1 ARTIGO – Caracterização de sujeitos com Lesões Neurológicas e Acesso ao Cuidado Hospitalar em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.....	39
4.2 ARTIGO – Acesso ao Cuidado Especializado: uma análise das Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Sujeitos com Lesão Neurológica.....	69
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SUJEITOS COM LESÕES ENCEFÁLICAS (TCLE).....</b>	<b>116</b>

<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIAR (TCLE).....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE F - FORMULÁRIO PARA BUSCA DE INFORMAÇÕES EM PRONTUÁRIOS .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DAS PESSOAS COM LESÕES ENCEFÁLICAS DURANTE INTERNAÇÃO.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DOS SUJEITOS COM LESÕES NEUROLÓGICA NO DOMICÍLIO.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO 1 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO 2 - <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL – BREF</i> .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS – UFSM.....</b>	<b>138</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação analisa o acesso ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional por pessoas acometidas por Lesão Neurológica (LN) no contexto hospitalar e no retorno ao domicílio, as condições de saúde, bem como a qualidade de vida dessas pessoas.

Tais profissões estiveram historicamente relacionadas à reabilitação e com atuação limitada a ambulatórios especializados, organizados com equipamentos e recursos caros, ou seja, dependentes de uma infraestrutura física e de materiais específicos. Tal configuração de intervenção assentava-se no modelo curativo e biomédico da ciência vigente à época da institucionalização da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (RODRIGUES, 2008).

O fisioterapeuta surgiu com o propósito de reabilitar e preparar sujeitos fisicamente acometidos para o retorno à vida produtiva, atuando em nível exclusivamente secundário e terciário (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). A Fonoaudiologia foi concebida devido à preocupação da Medicina e da Educação com desvios dos escolares, o que restringiu seu âmbito de atuação, também, ao ambulatorial (LIMA, 1999). O surgimento da Terapia Ocupacional esteve vinculado às instituições hospitalares da segunda Guerra Mundial, voltando-se à necessidade de “ocupar” e, posteriormente, dar alta aos amputados, mutilados que lotavam os hospitais civis e militares devido as suas deficiências (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004)

Recentemente, tais profissões estão ocupando outros espaços, adequando-se às políticas públicas de saúde, preconizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que estão acrescentando às ações de reabilitação, as de prevenção de agravos e as de promoção da saúde, atuando nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), sob uma perspectiva multiprofissional, de abordagem inter e/ou transdisciplinar (CHUN, NAKAMURA 2014; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004; RODRIGUES, 2008).

Importante parcela da população beneficiada por esses profissionais são as pessoas acometidas por LN. Estas geram danos neuroanatômicos e/ou neurofisiológicos, à medida que podem acometer o Sistema Nervoso Central (SNC) – encéfalo e medula espinhal (ambos envolvidos pelas meninges) – e/ou o Sistema Nervoso Periférico (SNP) – nervos cranianos e raquimedulares.

São múltiplas as causas das LN, entre elas: i) as vasculares (Acidentes Vasculares Cerebrais [AVC]); ii) as desmielinizantes (Escleroses Múltiplas, Neurites Ópticas, Neuropatias Periféricas, Síndromes de Guillian Barré); iii) as infecciosas (meningites, encefalites e coinfeções); iv) as neoplásicas; v) as traumáticas (crânio encefálicas ou raquimedulares) e vi) as degenerativas (fenilcetonúrias, distrofias musculares progressivas, doenças de Parkinson, de Alzheimer, adrenoleucodistrofias) (ANNUNTHRED; SCHNEIDER, 1994; GOMES et al., 1995; HAUSEN; MAR et al., 2011; REED, 2010; ROWLAND, 1995).

Na maioria das vezes, as LN geram limitações (restrições/distúrbios/incapacidades/dificuldades/deficiências) que exigem dos diferentes profissionais da saúde, especialmente dos fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, o (re)conhecimento dos sinais/sintomas neurológicos, considerando a idade, o tempo percorrido entre o episódio lesional e os primeiros cuidados, bem como a oferta e o início do cuidado especializado (COSTA et al., 2010). Entre as sequelas, as mais comuns são os distúrbios sensitivos, motores, de linguagem, de percepção e/ou de outros processos cognitivos (YONG-KYU et al., 2013), as quais modificam a condição funcional do sujeito e conseqüentemente interferem no seu cotidiano, gerando grandes repercussões para ele, sua família e a sociedade em geral (PANHOCA; GONÇALVES, 2009).

Pela complexidade das LN, eventos agudos e/ou crônicos, considera-se conveniente um olhar cuidadoso sobre essa experiência de adoecimento, levando em conta o impacto da lesão e das sequelas sobre a identidade do sujeito/sobre sua trajetória de vida (LAWTON, 2003). As LN transformam a realidade conhecida do sujeito: sua forma de viver conhecida é rompida, precisando ser ressignificada. Esse evento aproxima o sujeito do mundo da dor, do sofrimento e da sensação de morte iminente (dimensão possível a qualquer pessoa), mas que é potencializada por uma LN (ANGELI; LUZIVARO; GALHEIGO, 2012; BURY, 1982). Sujeitos com LN, geralmente, são excluídos da sociedade, o que gera solidão e interfere na sua Qualidade de Vida (QV) e de sua família (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013; PANHOCA; GONÇALVES, 2009).

Os primeiros cuidados frente uma LN inclui a permanência do sujeito e de seus familiares no contexto hospitalar; esta vivência (submissão a uma rotina institucional e clínica) gera, juntamente com o estado de “estar doente”, um sofrimento psíquico, permeado pelo medo e pela mudança de rotina (ANGELI; LUZIVARO; GALHEIGO, 2012; DE CARLO; BARLOTTI; PALM, 2004) e, até mesmo pelos sentimentos de inutilidade (devido à dependência do outro para a realização das atividades básicas de vida diária). Portanto, a QV

do sujeito e de seus familiares acaba comprometida devido às condições de permanência, realização de diversos procedimentos e tratamentos. A superação dessas condições exige reestruturação do ambiente hospitalar – por exemplo – a humanização do cuidado prestado pelos diversos profissionais e a criação de novos espaços de convivência (DE CARLO; BARLOTTI; PALM, 2004). A Política Nacional de Humanização foi criada com vistas a atuar de forma transversal às demais políticas de saúde; busca a qualificação da atenção em saúde e da gestão do SUS (preconiza a qualificação na relação e atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área), reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido. Essa Política é baseada na inseparabilidade e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Dessa forma é fundamental que os sujeitos se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde (BRASIL, 2004).

Para que um sujeito com LN sobreviva com QV, considera-se que o acesso ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional seja tão fundamental quanto o médico e o de Enfermagem na fase hospitalar (imediatamente após o episódio lesional) e também após a alta hospitalar (continuidade do processo terapêutico em ambulatórios especializados ou domiciliarmente). Quanto mais cedo começar o cuidado especializado, melhor o prognóstico. Sabe-se que a melhora funcional é mais rápida durante os primeiros meses após a lesão (SOUSA et al., 2012). Tais pressupostos advêm da neuroplasticidade, condição que permite a reabilitação, em qualquer momento do processo de adoecimento dos sujeitos acometidos por LN; apesar de não haver a reconstituição do tecido nervoso lesado, ocorre um restabelecimento das conexões das células nervosas à medida que se realizam estímulos variados (CANCELA, 2008).

Pelo exposto anteriormente, pode-se afirmar a necessidade das intervenções da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional já no ambiente hospitalar. Esses núcleos profissionais, devido às suas constituições históricas, ainda não estão incluídos de modo efetivo nas equipes que prestam cuidado na fase aguda (limiar entre a vida e a morte), que tende a ser abordada através de medicamentos e procedimentos de alta densidade tecnológica, o que não exclui tecnologias leves de cuidado (MERHY, 2002), potencialmente desenvolvidas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, entre outros, profissionais aptos para acolher, refletir e prover cuidados necessários para superação dos medos, ansiedades e dúvidas dos sujeitos com LN e de seus familiares.

Note-se que, em todos os momentos do processo de adoecimento e de cuidado, é de extrema importância a atuação de equipes multiprofissionais, preferencialmente integradas, acompanhando os sujeitos com lesão e apoiando seus familiares, de tal modo a garantir suas vidas em sociedade, sobretudo, porque no mundo atual a inclusão é tida como condição de desenvolvimento da humanidade. A propósito, é disso que trata a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF – uma classificação em saúde recente e que muito pode contribuir para o entendimento dos impactos de uma LN e indicar o cuidado pertinente, já que considera a interação dos aspectos bio-psico-sociais constitutivos do processo saúde-doença.

Na CIF, a deficiência é descrita como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; uma deficiência representa, assim, a exteriorização de um estado patológico, reflete um distúrbio orgânico com efeitos sociais. A CIF inclui os conceitos de impedimento e desvantagem, que ocorrem quando os sujeitos enfrentam barreiras físicas ou socioculturais que os impedem de ter acesso aos diversos sistemas da sociedade à disposição dos cidadãos de um determinado país (OMS, 2001). Impedimentos e desvantagens devem ser analisados na relação de cada sujeito em seu ambiente e, portanto, a questão do acesso é uma condição de saúde, segundo a CIF.

No Brasil, o acesso à saúde é considerado essencial para vida (BRASIL, 1990); há autores que o discutem na perspectiva das características dos indivíduos, outros nas características da oferta e outros, ainda, abordam ambas as características ou a relação entre os indivíduos e os serviços (ANDERSEN, 1995; DONABEDIAN, 1973; 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No que se refere ao cuidado especializado, sabe-se que a regularidade, sistematicidade e continuidade de atendimentos são necessidades das pessoas com LN. A depender de como estão organizados os serviços de reabilitação (o acesso a eles), pode ocorrer excessiva locomoção dos sujeitos, fato que caracteriza um Itinerário Terapêutico (IT) dispendioso de tempo e dinheiro. Se os serviços estão disponibilizados em diferentes locais, o IT, constituído pela procura do sujeito por formas e espaços de cuidado para a resolução de seu sofrimento e aflição gerados por sua condição de saúde (ALVES; SOUZA, 1999), torna-se dificultoso.

Assim, convém tomar o IT como um aspecto do acesso ao cuidado especializado, assumindo o ideário de Velho (1994), ou seja, compreendendo os meios pelos quais são feitas as escolhas, avaliações, seguimentos ou desistências de diferentes tipos de tratamentos pelos usuários dos serviços de saúde.



Sabe-se que o SUS pressupõe atendimento a todos os cidadãos (princípio da universalidade), mas ainda há muito por fazer para que as pessoas com acometimentos neurológicos recebam a assistência equitativa, igualitária e universal preconizada. Nesse sentido, o acesso ao cuidado especializado em saúde depende do funcionamento integrado dos três níveis de atenção à saúde (Primário, Secundário e Terciário) de um determinado município; é da integração dos níveis de assistência, ou seja, da organização de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010) que as necessidades de sujeitos com LN serão contempladas e, conseqüentemente, alcançar-se-á a inclusão social (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

Pode-se dizer que são grandes os desafios para que as pessoas com LN recebam a atenção devida às suas necessidades de saúde e, também, para a organização de serviços no que se refere ao acesso aos cuidados especializados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Por isso, considera-se conveniente focalizar, neste estudo, o acesso em seus aspectos estruturais e funcionais, destacando-se os ambientais, pessoais e atitudinais, analisando-se, assim, os fatores que interferem no IT do cuidado especializado em saúde, sobretudo porque a maioria dos estudos em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, relacionados às pessoas com LN, focalizam suas discussões nos aspectos específicos da reabilitação em cada núcleo profissional. Vê-se, portanto, a necessidade de pesquisar como se tem dado o acesso e o cuidado a essas especialidades nos diferentes níveis de assistência à saúde, iniciando-se, no caso deste estudo, pelo ambiente hospitalar (Nível Terciário - espaço de cuidado no estado agudo de saúde) e, após a alta hospitalar, identificar se o sujeito com LN conseguiu acessar acompanhamento terapêutico no Nível Terciário, Secundário e/ou Primário de Atenção à Saúde.

Considerando que a análise de serviços e de práticas profissionais podem favorecer o processo de elaboração ou de implantação e implementação de políticas públicas com potencial para alterar a organização e o entendimento do sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010) é que este estudo foi realizado. Entende-se a importância social dos temas abordados neste estudo e, ainda, a implicação deste no interior dos núcleos profissionais envolvidos. Convém ressaltar que durante a graduação em Terapia Ocupacional, a autora deste estudo teve a oportunidade de participar de um projeto de extensão dedicado a sujeitos com LN, podendo constatar que, no município onde esta pesquisa foi realizada, havia um número elevado de sujeitos acometidos necessitando de cuidados especializados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional e, no entanto, existiam uma variedade de fatores

impeditivos do acesso a tais cuidados, fossem eles: pessoais, atitudinais, ambientais e/ou organizacionais.

Visando dar conta dos múltiplos aspectos envolvidos neste estudo, ele foi organizado em cinco capítulos. O primeiro – Revisão da Literatura - aborda os aspectos teóricos - os temas fundamentais - da pesquisa, a saber: considerações ampliadas sobre como conceber e analisar as condições de vida e saúde humana, destacando-se a CIF e o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref*, seguidas de outras sobre Lesões Neurológicas, Cuidado Especializado, Aspectos Organizacionais e Legais do Acesso em Saúde e Itinerário Terapêutico.

O segundo capítulo apresenta a Metodologia da pesquisa; seu delineamento (tipo, população, local, período, instrumentos e etapas da coleta de dados), os critérios de análise e, ainda, os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

No terceiro capítulo – Resultados da Pesquisa – são apresentados dois artigos. O primeiro – “Caracterização de sujeitos com Lesão Neurológica e Acesso ao Cuidado hospitalar em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional” e o segundo – “Acesso ao Cuidado Especializado: uma análise das Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Sujeitos com Lesão Neurológica”.

No quarto capítulo, faz-se a Discussão Geral dos resultados obtidos e no quinto, apresenta-se a Conclusão da pesquisa.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme indicado anteriormente, esta revisão foi organizada partindo da noção ampliada de saúde, destacando-se a CIF e o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL-*bref*.

A CIF, diferentemente de avaliações e instrumentos focados em resultados numéricos (escores, taxas), tem a “vida” como seu foco de atenção, levando em conta como as pessoas vivem; considera os problemas de saúde (estabelece o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa) e como as condições de (sobre)vivência podem ser favorecidas. Essa mudança de enfoque (da doença para a saúde) contribui para a elaboração e implementação de legislações e políticas sociais destinadas a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, bem como visa garantir a proteção dos direitos individuais e coletivos.

O WHOQOL-*bref* é um instrumento de abordagem ampliada; ocupa-se da multiplicidade das dimensões (biopsicossociais) que envolvem as pessoas. A QV é analisada pela percepção das pessoas sobre suas necessidades, se estão ou não sendo satisfeitas, para alcançar a felicidade e a auto-realização.

Em seguida, destaca-se as principais LN e as deficiências por elas causadas, a contribuição do cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional junto a pessoas acometidas por LN e, por fim, são abordados os aspectos organizacionais e legais do acesso, e a configuração da busca por cuidados em saúde.

### 2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE E *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1948, saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (MINAYO, 2000). Esse conceito, ainda que aparentemente inatingível, guarda relação com as condições de desenvolvimento humano e social, revela uma associação entre qualidade de vida e saúde das populações: assim, os determinantes, não só biológicos e genéticos, mas sociais, econômicos e ambientais condicionam a saúde dos sujeitos. Neste sentido, a saúde é resultado de um processo de produção social e sofre influência das condições de vida, ou seja, da produção de bens e serviços (ANVISA, 2009).

Desde a referida definição de saúde, esforços têm sido produzidos para dar conta de sua abrangência. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um deles (ANEXO 1); proporciona uma descrição de situações relacionadas às funções

humanas e a suas restrições, usando uma linguagem comum aos usuários e profissionais da saúde (SAMPAIO et al., 2005). Tem caráter multidisciplinar e pode ser utilizada em todas as culturas, à medida que considera o contexto no qual o sujeito está inserido (NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A CIF foi desenvolvida durante duas décadas, acompanhando as mudanças de percepção e classificação das deficiências, como, por exemplo, a aprovação e publicação de documentos referentes à defesa dos direitos das pessoas com deficiência no mundo, o que a transformou em uma classificação que abrange aspectos amplos. Assim, sua utilização pode contribuir para o estabelecimento e execução de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência ou incapacidade (FARIA; BUCALLA, 2005). Integra os modelos conceituais - médico e social - para a compreensão e explicação da deficiência, da incapacidade e da funcionalidade (OMS, 2003). Configura-se, ao lado da Classificação Internacional de Doenças (CID), como um instrumento de classificação, descrição e comparação dos estados de saúde das populações (NUBILA; BUCHALLA, 2008). Abrange fatores físicos, sociais, culturais, englobando as percepções e as atitudes das pessoas frente à deficiência, aos serviços e às legislações (FARIA; BUCHALLA, 2005).

Guiada pelos conceitos da funcionalidade e incapacidade, a CIF inclui, no primeiro, as funções do corpo, a atividade e a participação dos sujeitos e, no segundo, as limitações e restrições de atividades e de participação (OMS, 2003). Nessa perspectiva, a CIF ultrapassa o enfoque na doença e dirige-se para o sujeito e sua relação com o ambiente e a sociedade, ou seja, acrescenta aspectos da singularidade/do pessoal na interpretação da condição de saúde.

A funcionalidade e a incapacidade, acrescidas dos fatores pessoais, biológicos, ambientais, são fundamentais para a melhor compreensão das implicações individuais e sociais das deficiências; a proposta da CIF tem sido útil para apreender as variáveis envolvidas nessa situação dinâmica de interação dos sujeitos com os contextos de suas vidas.

O conceito e a avaliação da Qualidade de Vida (QV) também entram em cena quando se adota uma concepção ampliada de saúde. QV foi definida pelo *WHOQOL Group* (OMS) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1993, p. 28).

Inicialmente, o instrumento de avaliação da QV continha 100 questões (*WHOQOL-100*) referentes a seis domínios - físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (religiosidade ou crenças pessoais) - divididos em 24 facetas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento apresentava perguntas gerais sobre qualidade

de vida (FLECK, 2000). Porém, fez-se necessário um instrumento mais curto e foi desenvolvida uma versão abreviada - o *WHOQOL – Bref* (ANEXO 2). Neste, cada faceta é avaliada por apenas uma questão; no nível psicométrico, selecionou-se, então, a questão que mais altamente se correlacionasse ao escore total do *WHOQOL-100*, calculado pela média de todas as facetas (FLECK, 2000).

Note-se que a atual concepção de saúde - que implica questões subjetivas e multidimensionais da vida em sociedade (PEREIRA; TEIXEIRA; DOS SANTOS, 2012) - pode ser mensurada, por esses dois instrumentos: a CIF e o *WHOQOL – Bref*. Tais instrumentos são apropriados para refletir sobre as condições de saúde e a percepção do sujeito sobre sua vida, incluindo o acesso à reabilitação após uma LN.

## 2.2 LESÕES NEUROLÓGICAS

Atualmente, as LN são causadas, em grande parte, pelos impactos (diretos e/ou indiretos) da revolução tecnológica e da globalização (COSTA; FEDOSSE; LEFREVE, 2014; FALCÃO; RIBEIRO, 2014; MALTA, 2014); resultam de fatores como mudanças de hábitos alimentares e de outros costumes, associadas ao envelhecimento populacional (BARROS et al., 2011).

No Brasil, a situação de saúde da população se expressa pelo predomínio de doenças crônicas, sustentado pela existência de ações fragmentadas e voltadas, principalmente, para as condições agudas e agudizações das crônicas (MENDES, 2010), apesar de o sistema de saúde brasileiro preconizar a integralidade do cuidado. Segundo a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, doenças crônicas são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura, como, por exemplo, a Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, entre outras (BRASIL, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que estabelece medidas de prevenção predominantemente através do controle de fatores de risco para tais doenças, a saber: a inatividade física, a alimentação inadequada e uso prejudicial do álcool e do fumo/tabaco (BRASIL, 2011). Enquanto as doenças crônicas perdurarem, tem-se que buscar responder às consequências dos maus hábitos adotadas no passado, como, por exemplo, as LN.

De modo geral, as LN acarretam uma desorganização do sujeito à medida que alteram o funcionamento motor, cognitivo e subjetivo da pessoa por ela acometida (NOVAES-PINTO, 2012), as quais se refletem como alterações no cotidiano e na qualidade de vida do sujeito. A causa, a extensão e a gravidade da LN interferem na intensidade das sequelas (SPACCAVENTO et al., 2013).

Sabe-se que são múltiplas as causas das LN; entre elas, as de origem vascular, em sua maioria evitáveis (COSTA; FEDOSSE; LEFRÈVRE, 2014), por meio das intervenções previstas no Plano de Ações e Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que estabelece medidas de prevenção predominantemente com ações realizadas no âmbito da Atenção Primária à saúde. Outras LN também podem estar associadas ou não aos fatores de risco descritos e aos modos de vida como: infecciosa, desmielinizante, neoplásica, traumática ou degenerativa, (ANNUNTHRED; SCHNEIDER, 1994; GOMES et al., 1995; MAR et al., 2011; REED, 2010; ROWLAND, 1995).

Entre as LN vasculares, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) configuram-se como as maiores causas de óbito no Brasil e mundo. Um AVC pode resultar de uma alteração da circulação cerebral que ocasiona um déficit transitório ou definitivo no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro; podem ocorrer por isquemia (80% dos casos) ou hemorragia (CECATTO, 2010; 2012). Além do alto índice de mortalidade, o AVC representa a primeira causa de incapacitação severa em adultos; de 5% a 20% dos sujeitos com AVC atingem a recuperação funcional completa (PONTES et al. 2008; RAFII; HILIS, 2006).

Em adultos jovens, as causas mais comuns de incapacidade neurológica (KINGWELL et al., 2013) são as LN desmielinizantes por Esclerose Múltipla (EM). No mundo, mais de dois milhões de pessoas têm doenças que afetam as fibras do SNC. Segundo o Relatório da Federação Internacional de Esclerose Múltipla, realizado em 2008, para a Organização Mundial de Saúde, tem-se que a doença tem maior incidência em países da Europa e da América do Norte. No Brasil, sua taxa de prevalência é de aproximadamente 15 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010). As EM apresentam sintomas e cursos imprevisíveis, o que favorece o surgimento de agravos à saúde (PEREIRA et al., 2012; REESE et al., 2013).

As doenças infecciosas do SNC (meningites, encefalites, coinfeções) também são comuns; o SNC é o segundo local mais comum de manifestações infecciosas, pelo fato de os vírus serem neurotrópicos, sendo assim, o SNC é um “santuário” para sua propagação (MCARTHUR; SNEED, 2005). Os vírus infectam e se replicam nos macrófagos, micróglia e

células multinucleadas da glia, mas está, principalmente, livre e presente no líquido cefalorraquidiano acelular (SPECTOR et al., 1993).

Outra importante complicação neurológica advém das neoplasias (a epidemiologia e sua relevância, no mundo e no Brasil, têm sido amplamente discutidas) - (INCA, 2014). As metástases intracranianas e medulares são frequentes e as mais temíveis entre os cânceres (MCDERMOTT; SNEED, 2005); são resultantes de alterações cumulativas no material genético (DNA) de células originalmente normais (GUIMARÃES, 2004). Além das alterações genéticas, o desenvolvimento completo de um tumor exige outros processos, como, por exemplo, a falha nos mecanismos de reparo de DNA e a perda do controle de crescimento celular.

Os Traumatismos (Crânio Encefálicos e Raquimedulares) são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos no Brasil; resultam de acidentes automobilísticos, ciclísticos, agressões físicas, quedas e lesões por armas de fogo (MELO et al., 2004). O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é um dos principais problemas de saúde pública mundial, devido a sua elevada e crescente incidência, bem como morbimortalidade (MORGADO; ROSSI, 2011); caracterizam-se por uma força direta ou indireta, exercida sobre a cabeça, que rapidamente leva a mudanças no encéfalo, tais como a deformação mecânica do tecido, a hemorragia e um elevado nível de pressão intracraniana (ORDEK et al., 2014). Já a incidência de Traumatismo Raquimedular (TRM), no Brasil, ainda é desconhecida, pois esta condição não é sujeita à notificação e há poucos dados e trabalhos publicados a respeito da epidemiologia da lesão medular (CAMPOS et al., 2008). A medula espinal controla importantes funções do organismo; sendo assim, qualquer injúria medular leva a danos motores, na maioria das vezes, severos (BRUNIL et al., 2004), como, por exemplo, as quadriplegias.

Os transtornos neurodegenerativos são também um problema crescente na saúde pública, dado o aumento da expectativa de vida e adoção de estilos de vida pouco saudáveis (TORRÃO et al., 2012). Destaca-se a Doença de Parkinson (DP) e a de Alzheimer (DA). A DP é a segunda doença degenerativa mais comum (afeta cerca de 1% a 2% da população acima de 60 anos), acometendo seis milhões de pessoas no mundo (LICKER et al., 2009). A DA é a causa principal da demência em idosos e está associada ao dano progressivo nas funções cerebrais, que incluem a memória, a linguagem, a orientação espacial, o comportamento e a personalidade. Atualmente estima-se que haja 36 milhões de pessoas com DA no mundo; prevê-se o aumento drástico desse número nas próximas décadas (QUERFURTH; LAFERLA, 2010).

Conforme exposto, as LN são originadas por diferentes condições, sejam elas biológicas, genéticas, ambientais e/ou sociais, e podem gerar deficiências/incapacidades (temporárias ou permanentes) devido à perda ou anormalidade de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas.

As deficiências resultam em incapacidades devido à restrição do desempenho de determinadas habilidades nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária, o que, por sua vez, determina uma desvantagem, ou seja, uma limitação ou impedimento do desempenho de papéis, sendo estas variáveis com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. São ainda, caracterizadas por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Isso representa a socialização da deficiência e também se relacionam às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (OMS, 2008; WHO, 1993).

Sujeitos com LN podem ter suas condições potencializadas, o que favorece o reestabelecimento de suas habilidades. A potencialização e o reestabelecimento funcional, historicamente estão relacionadas à atuação de profissionais especializados como, por exemplo, os fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais buscam, por meio de ações próprias de cada área, o favorecimento da vida de sujeitos lesionados neurológicos, minimizando/eliminando efeitos como as incapacidades e as desvantagens impostas pela LN.

### 2.3 CUIDADOS ESPECIALIZADOS DEDICADOS A SUJEITOS COM LN: A ATUAÇÃO FISIOTERÁPICA, FONOAUDIOLÓGICA E EM TERAPIA OCUPACIONAL

Todo processo de adoecimento interfere nas estruturas concretas e subjetivas dos sujeitos e, conseqüentemente, repercute na QV dos mesmos e de seus familiares. A reestruturação da QV de sujeitos com LN pode ser favorecida pelo acompanhamento longitudinal de profissionais da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, desde que tenham uma concepção ampliada de saúde, de sujeito e do potencial de cuidado de suas profissões.

Conforme anunciado, na introdução desta pesquisa, a atuação do fisioterapeuta surgiu com o propósito de reabilitar e preparar sujeitos com lesões físicas para o retorno à vida produtiva (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999); porém, ao longo do exercício profissional e científico, foi se modificando o seu objeto de estudo: de distúrbios do movimento para o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades. Ao assumir o



movimento como seu objeto, o fisioterapeuta passou a adotar uma perspectiva relacional, concebendo, então, o sujeito para além de suas características biológicas, ou seja, incorporando a dimensão social no cuidado fisioterapêutico (REZENDE, 2007).

A formação e a prática da Fisioterapia ainda estão direcionadas para ambulatórios de reabilitação e centros de terapias hospitalares (BARRETO; RODRIGUES, 2010; RODRIGUES, 2008), prevalecendo sua atenção em nível secundário e terciário. Neste sentido, a tendência do Ensino Superior em Fisioterapia é a de valorizar o individual, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas, assentadas no modelo médico-assistencial privatista - ainda hegemônico no Brasil (REZENDE, 2007). Portanto, o processo histórico de constituição da Fisioterapia determinou sua exclusão da Atenção Básica, fato que, segundo Ribeiro (2002), acarreta dificuldade de acesso da população aos serviços de Fisioterapia. A forma de perceber, explicar e enfrentar a saúde ao longo da história do Brasil, e também da Fisioterapia brasileira, revela o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença; os esforços dos profissionais ou áreas de estudo concentraram-se na descoberta de novos métodos de “tratamento” das doenças, revelando a preponderância de uma assistência “curativa”, recuperativa e reabilitadora (RODRIGUES, 2008).

Atualmente, um estudo nacional, voltado à inserção da Fisioterapia na saúde brasileira, revelou que ainda o maior número de fisioterapeutas (71%) atua na Atenção Secundária, 17% na Terciária e somente 12% na Primária. A proporção de fisioterapeutas para 1.000 habitantes na região Sul foi de 0,07 na Atenção Primária, 0,27 na Secundária e 0,08 na Terciária, maior que a proporção nacional que era de 0,05 na Atenção Primária e 0,20 na Secundária e, no entanto, menor que na Terciária que era de 0,11 (COSTA et al., 2012).

No mesmo contexto da Fisioterapia, surgiu a Fonoaudiologia com o foco na reabilitação de sujeitos com distúrbios da comunicação humana. Na década de 20, do Século XX, visando controlar, sistematizar e padronizar a linguagem (condição produzida pelo processo de imigração e desejo de homogeneização da língua), surgiram as primeiras práticas fonoaudiológicas e logo se estenderam para o tratamento das pessoas portadoras de patologias (BACHA; OSÓRIO, 2004; BERBERIAN, 1995). Apesar de a profissão nascer ligada à atividade pedagógica do professor, o caráter reabilitador da linguagem exigiu maior aproximação com a área médica (CAVALHEIRO, 1997) e, segundo Moreira e Motta (2009), a atual Fonoaudiologia tem como objeto de estudo a comunicação humana, tendo nela a sua realidade e a possibilidade de transformação da sociedade.

Cabe ressaltar que, assim como a Fisioterapia, a atuação da Fonoaudiologia ficou restrita aos ambulatórios e clínicas especializadas; porém, com o surgimento do SUS a

profissão teve a oportunidade de se expandir para os diversos níveis de cuidado em saúde – atenção primária, secundária e terciária (BEF, 1997; LIPAY; ALMEIDA 2007). Estudo nacional, realizado em Hospitais Universitários, indicou fonoaudiólogos atuando nos ambulatórios, UTI e PA (GUIMARÃES; BARBOSA; PORTO, 2009). Outro estudo em Salvador (Bahia) foi evidenciado a dificuldade de acesso ao atendimento fonoaudiológico na atenção básica (BAZZO; NORONHA, 2009).

A história da Terapia Ocupacional não é diferente das profissões anteriores. Surgiu devido à necessidade de reinserir os traumatizados da guerra na sociedade. Tendo como objeto de estudo as atividades humanas, hoje instrumento de intervenção e objetivo de tratamento (BARTALOTTI, 2001; CAZEIRO et al., 2011), estas sofreram a influência da história e nem sempre tiveram tal configuração. Nesse sentido, os cuidados da Terapia Ocupacional abrangem as áreas ocupacionais que envolvem as atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como o trabalho, a educação, o brincar, o lazer e a participação social. A Terapia Ocupacional vem se aperfeiçoando e demonstrando competência clínica e tecnológica em sua atuação, maximizando o potencial funcional das pessoas acompanhadas (GOLLEGÃ; LUZO; DE CARLO, 2001).

Em relação às práticas e aos modelos teóricos da Terapia Ocupacional, na revisão integrativa realizada por Santos e De Carlo (2013) sobre a atuação da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares nos últimos entre 2008-2013, assinalou intervenção junto à Gestantes, Puérperas, Neonatologia, Infância e Adolescência, e Oncologia, conforme estudos de Galheigo (2007, 2008).

Atualmente, além do domínio técnico de cada área de formação e atuação, tem-se desafios para se produzir o cuidado integral, acessível e equânime previstos pelo SUS (BRASIL, 1990). Desde a criação do SUS, tem havido incentivo à formação profissional voltada à atenção integral à saúde, a ser alcançada por meio de atitudes humanizadas e de uma visão mais geral/ampliada do usuário, além da integração entre os profissionais da área da Saúde (BRASIL, 1990).

Estudos recentes (2010-2016) sobre acesso ao cuidado Fisioterápico, Fonoaudiológico e Terapêutico Ocupacional junto a pessoas com LN, no ambiente hospitalar e após alta, como este realizado, não foram identificados. Apenas um estudo (RIBEIRO et al., 2012) sobre o acesso pós AVC com 140 sujeitos, indicou que 67,1% tiveram acesso aos serviços de reabilitação, contra 32,9% que não tiveram. Os principais profissionais de reabilitação envolvidos foram os Fisioterapeutas e os Fonoaudiólogos com, respectivamente, 97,9% e 26,3%. No tocante ao local da reabilitação, dentre os que o realizaram, 40% o fizeram por

maior tempo no domicílio, 50,5% no centro de reabilitação e 9,5% no hospital. Cabe ressaltar o fato de que apenas 9% dos usuários entrevistados relataram ter recebido assistência fisioterapêutica em nível hospitalar.

Portanto, pelo exposto anteriormente, para que as pessoas acometidas por LN sejam contempladas em suas necessidades de saúde, convém uma atenção multiprofissional com caráter interdisciplinar ou transdisciplinar (CECATTO; ALMEIDA, 2010). Neste sentido, os serviços dedicados a pessoas com LN, no âmbito da atenção primária, secundária e/ou terciária, deveriam contemplar equipes multiprofissionais (contando com a participação de Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais, entre outros) e, assim, em concordância com Shin e Toldrá (2015), responderiam ao princípio da integralidade e universalidade, preconizada pelo SUS.

Sabe-se que sujeitos com deficiências, historicamente, têm dificuldades de acesso aos serviços especializados (ROCHA, 2006; SOUZA; ROCHA, 2010), sendo que, apesar de se ampliarem as áreas de intervenção da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, o acesso ainda não está devidamente garantido. O estudo de Ribeiro, realizado em 2002, evidenciou que a oferta de atendimentos especializados a sujeitos com LN continuava restrita; ocorrendo, principalmente, nos centros de reabilitação/serviços de atenção secundária, gerando demanda reprimida, ou seja, a existência de listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento.

Atualmente, estudo (RIBEIRO; SOARES, 2015) realizado na mesma região Sul, indicou inserção restrita desses profissionais na Atenção Primária, que pode estar associada ao desconhecimento dos gestores e à legislação falha (não são considerados pela legislação como fazendo parte da equipe mínima). Acredita-se que os profissionais - fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (focos deste estudo) – ainda não conseguiram demonstrar, por meio de ações continuadas e eficazes, a conveniência de suas intervenções na Atenção Primária, o que certamente os incluiria na composição das equipes deste nível de atenção à saúde.

Outros agravantes como as dificuldades ambientais (barreiras arquitetônicas, longas distâncias, despesas com transporte), o funcionamento/dinâmica dos serviços (barreiras atitudinais e exigência de repetidas idas ao serviço) e as limitações físicas e econômicas dos sujeitos, muitas vezes, impedem o acesso aos cuidados especializados (RIBEIRO, 2002; SOUZA; ROCHA, 2010; VELOSO, 2007).

Portanto, ainda há muito que se avançar para viabilizar o acesso ao cuidado especializado; faz-se necessária a participação de profissionais, usuários e gestores nessa

construção (SOUZA; ROCHA, 2010), conforme assegurado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), princípios éticos-doutrinários do SUS e políticas complementares como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1999).

#### 2.4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E LEGAIS DO ACESSO EM SAÚDE

Conforme exposto, o acesso ao cuidado especializado em saúde por sujeitos com LN é de extrema importância devido ao fato de apresentarem morbidades que repercutem na retomada da vida, seja no cotidiano domiciliar ou profissional.

O processo de recuperação de uma LN pressupõe acesso a uma equipe multiprofissional, ocupada do cuidado no estado agudo e/ou prolongado, que visa melhorar a saúde e a qualidade de vida dos sujeitos e de seus familiares (CECATTO; ALMEIDA, 2010; GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003;).

O conceito “acesso à saúde” é variável. Alguns autores utilizam o termo “acesso”, outros utilizam “acessibilidade” e, muitas vezes, os termos são empregados de forma ambígua e intercalados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O termo “acessibilidade” é usado para dar caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto que o substantivo “acesso” carrega o sentido de ingressar, dar entrada. Há autores que empregam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1973; 2003). Ainda há autores que discutem o enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (ANDERSEN, 1995).

Segundo Donabedian (2003), acessibilidade expressa as características da oferta de cuidado em saúde, em que intervêm características dos indivíduos (pessoais, socioculturais, econômicas e atitudinais) e do uso dos serviços. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos sujeitos (DONABEDIAN, 2003). Para Cunha; Vieira (2010) e Andersen (1995), o acesso aos serviços de saúde é um dos elementos mais caros de um sistema de saúde, abrangendo a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.

Convém destacar que a definição de acessibilidade a revela como algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, sendo dividida em duas classes: a sócio organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos

estruturais e de funcionamento dos serviços, aqueles que facilitam ou dificultam os esforços do indivíduo para obter atenção, ou seja, aspectos que interferem no Itinerário Terapêutico (IT) - por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. A segunda pode ser medida pela distância e o tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros aspectos (DONABEDIAN, 1988; HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008).

Note que as dimensões sociais, organizacionais e geográficas se inter-relacionam, de modo que a acessibilidade inclui as características da oferta de serviços (exceto os aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de usá-los, como a distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros). Como o acesso aos serviços de saúde corresponde à capacidade da população de usá-los, a oferta de serviços é um fator importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (DONABEDIAN, 2003).

O conceito de acessibilidade é, pois, multidimensional, composto pelo “acesso potencial” e “acesso realizado”. Acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes ao uso de serviços, enquanto que o acesso realizado representa a utilização de fato desses é influenciado por outros fatores além dos individuais. Note-se que o acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso (fatores capacitantes), que representam apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso realizado (uso), já que estes incluem também os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além de fatores contextuais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quando se fala em acessibilidade, há que se considerar a adequação dos profissionais e dos recursos às necessidades da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Starfield (2002) destaca que a acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços. Representa importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde (Decreto nº 3298/99), em seu artigo 23, capítulo II, diz que é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas portadoras de deficiências (BRASIL, 1999). A Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1975, proclamou os direitos a estas pessoas. Esta resolução refletiu em muitos Estados signatários, tanto que, no

Brasil, a Emenda Constitucional nº 12 assegurou a melhoria das condições sociais e econômicas mediante educação especial, gratuita, assistência à reabilitação e reinserção na vida econômica e social do país (JESUS; ASSIS, 2010). Senna (2002) alerta para a necessidade de se reconhecer que todas as pessoas com algum tipo de dificuldade (física, psíquica, social) têm o direito de utilizar o cuidado especializado em saúde e que para realizar tal acesso acabam realizando buscas constantes pelo cuidado.

O atual Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Plano Viver sem Limites – (BRASIL, 2013), busca garantir os direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (BRASIL, 2009). Considera pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. E ainda, tem como uma de suas diretrizes garantir o acesso a serviços de saúde, bem como os de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2013).

Este Plano deverá ser executado pela União em colaboração com estados, Distrito Federal, municípios e com a sociedade. O poder público deve criar redes de atendimento adequadas à demanda, articuladas com outras áreas de conhecimento, que garantam às pessoas acessibilidade aos serviços e aos estabelecimentos de saúde de forma fácil em conformidade com as normas técnicas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Atualmente, a Política Nacional da Pessoa com Deficiência apoia a existência de Centro Especializado em Reabilitação (CER) que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se referência para a rede de atenção à saúde no território. Pode ser organizado conforme os tipos de reabilitação realizados (auditiva, física, intelectual e visual) através de duas modalidades de reabilitação (CER II), três modalidades de reabilitação (CER III) e quatro modalidades de reabilitação (CER IV), além das oficinas ortopédicas [BRASIL, 2013].

Os municípios podem disponibilizar tais serviços - em sua rede de atenção à saúde ou através da regionalização - favorecendo a diversificação e ampliação do cuidado, e, portanto, estabelecendo o Itinerário Terapêutico (dado pelos serviços) e não pelos sujeitos. A propósito, este é o tema discutido na próxima seção.

## 2.5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Itinerário Terapêutico (IT), *grosso modo*, é entendido como um conjunto de ações, estratégias e projetos de cuidado que têm como objetivo o tratamento de algo tomado como sofrimento. Não se constitui necessariamente em um plano com esquemas e estratégias definidas previamente, mas sim tentativas de cuidado e redução do sofrimento vivenciado no presente (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Cabral et al. (2011), há diferentes abordagens sobre IT, na produção científica brasileira compulsada no período de 1988 e 2008. As autoras ressaltam o caráter recente desta discussão e da produção científica nacional (encontraram apenas um artigo publicado na década de 90 [em 1993], os demais são posteriores a 2002).

Foi identificado pelas autoras que há um conjunto de estudos voltado à percepção das pessoas adoecidas (sobre sua condição de doente e sua busca por cuidado); destacam-se, nesta linha, estudos influenciados por Geertz (1989) com a Antropologia Interpretativa e a influência de Kleinman (1980) com a concepção de Sistema de Atenção à Saúde e o conceito de Modelos Explicativos. Trazem como importante contribuição o conhecimento sobre a percepção da pessoa sobre seu adoecimento, bem como os espaços e estratégias de cuidado acionados pela pessoa e sua família no enfrentamento da patologia. Sinalizam ainda a importância de que os serviços de saúde ampliem o olhar para a dimensão cultural da doença, considerando a perspectiva das pessoas acometidas, ajustando as práticas e chegando então a melhores resultados no cuidado (CABRAL et al., 2011).

A segunda tendência de estudos, descrita por Cabral et al (2011), aborda o IT como base para a avaliação da efetividade de serviços de saúde, considerando o acesso como aspecto importante de ser abordado ao lado de outras ações como a educação em saúde e a capacitação de recursos humanos (elementos essenciais para a reorganização de fluxos). Tais estudos reconstróem a trajetória de usuários que sofreram eventos agudos e foram atendidos em unidades de pronto atendimento; consideram as escolhas de cuidado e o comportamento destas pessoas. Deste modo, visam a identificação de lacunas no atendimento anterior ao evento agudo, sinalizando falhas no sistema e no fluxo de cuidado. Destacam a conveniência de analisar o IT, trazendo contribuições para organização dos serviços, possibilitando melhor direcionamento dos usuários dentro da rede de serviços.

Quanto à terceira abordagem, Cabral et al. (2011) explicam que esta reúne elementos das anteriores: abordam as diferentes estratégias, os atores/profissionais de saúde envolvidos e as percepções dos sujeitos em suas buscas por cuidado; consideram o contexto sócio-

econômico-cultural no qual a busca ocorre, bem como os fatores macrosociais que interferem no comportamento das pessoas nessa empreitada. Focalizam o percurso terapêutico adotado no leque de possibilidades de um determinado contexto social, fato que dita as facilidades ou as complicações de acesso e, ainda, ocupam-se da capacidade do serviço em responder as necessidades da população. Assim, essa linha reúne estudos que congregam elementos da perspectiva do sujeito (ser social inserido em condições concretas e materiais de existência que determinam as possibilidades terapêuticas) e as formas como as possibilidades se desenvolvem. Trazem elementos relevantes à compreensão da experiência do adoecimento e avaliação da assistência na perspectiva de quem a recebe, sendo o IT tido como forma de subsidiar a organização de serviços e práticas mais integradas e acolhedoras.

O estudo do IT considera o caminho, circunscrito em um campo de possibilidades socioculturais, que viabiliza e torna possível o desenvolvimento de projetos de cuidado. Somam questões econômicas, sociais e culturais na constituição das buscas terapêuticas, considerando-se estas questões não apenas como elementos, mas sim com pontos fortes que possibilitam ou restringem as escolhas terapêuticas de pessoas ou grupos. Cabral et al. (2011) concluem que, apesar do potencial de contribuição que o IT oferece às políticas de saúde, o mesmo vem sendo explorado de forma ainda incipiente no Brasil.

Cabe ressaltar que sob este enfoque, o IT é considerado uma tecnologia avaliativa em saúde centrada no usuário (BELLATO et al., 2009; GERHARDT, 2010), pois possibilita conhecer as trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, empreendidas por sujeitos e suas famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde e de apoio, que possam lhes dar sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, segundo sua própria lógica, e atendem, em certo modo e medida, às necessidades em saúde (BELLATO et al., 2009).

Deste modo, busca-se, neste estudo, analisar as condições de vida/saúde de pessoas acometidas por LN, suas trajetórias de acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional; e por isso ocupa-se do IT vivenciado pelos sujeitos com LN (identificação dos cuidados especializados em nível primário, secundário e terciário).



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é descritivo, documental, exploratório e de natureza quantitativa.

As pesquisas descritivas se ocupam das características de determinadas populações ou fenômenos; fazem uso de dados ou fatos colhidos da própria realidade, tendo a coleta de dados específicos como uma das suas tarefas principais. Se desenvolvem principalmente nas ciências humanas e sociais (GIL, 1999), mas, do ponto de vista desta autora, também são aplicáveis às ciências da saúde, especialmente, quando se visa caracterizar uma situação insuficientemente sistematizada como é o caso do acesso aos serviços de saúde por pessoas com lesões neurológicas.

As pesquisas exploratórias, por sua vez, têm por objetivo conhecer as variáveis de estudo tal como elas se apresentam; visam conhecer os significados e os contextos em que se insere a pesquisa (QUEIRÓZ, 1992). Tem a finalidade de evitar que predisposições não fundadas no repertório que se deseja conhecer influenciem a percepção do pesquisador e, conseqüentemente, o instrumento de medida. Além disso, visa contribuir para o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e apuro das hipóteses, sempre de acordo com a realidade do contexto (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Classificações como a CIF e o instrumento *WHOQOL-BREF* em conjunto com as entrevistas são compatíveis às pesquisas exploratórias, visto que se configuram como uma possibilidade de interrogar os participantes de modo a se alcançar informações relevantes, visto que são recursos vivos para a compreensão das realidades sociais (POUPART et al; 2010). A entrevista semiestruturada conta com questões relevantes ao tema pesquisado, mas não precisa seguir uma sequência rigorosa (HAGEDORN, 2007). Foi destacada a questão quanto ao Itinerário Terapêutico (IT), pois, segundo Deslandes (1997), Uchimura e Bosi (2002), Cabral et al. (2011), autores ocupados da avaliação de serviços de saúde aprimoram o entendimento dos serviços (da oferta e qualidade). Cabral et al. (2011) apontam o IT como um elemento precioso de avaliação em saúde (motivo pelo qual o IT é adotado no presente estudo).

O estudo quantitativo, segundo Richardson (1999), é caracterizado pela modalidade da coleta de informações e seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, como as descritivas. É frequentemente aplicado nos estudos que procuram descobrir e classificar a variação entre os múltiplos aspectos constitutivos do estudo (OLIVEIRA, 2002).

### 3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado segundo as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, ou seja, cumprindo-se os princípios éticos aprovados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Convém dizer que o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, após foi solicitada a autorização do Hospital Universitário – instituição envolvida no estudo – mediante Carta de Apresentação (Apêndice A), assinada pela coordenadora do estudo Prof<sup>a</sup>. Dra. Elenir Fedosse, enviada à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital, juntamente com o projeto, que o submeteu à apreciação e aceite do responsável de cada setor do Hospital, obtendo-se a assinatura do Termo de Autorização Institucional (Apêndice B) e, só então, o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o nº 941.552.

Após a aprovação dos referidos órgãos foi iniciada a coleta de dados, mediante a assinatura do TCLE (Apêndice C) pelos sujeitos com LN, ainda durante internação hospitalar; quando as sequelas apresentadas limitaram o uso da mão dominante e não foi possível assinar com a mão contrária, bem como no caso de analfabetismo, foi solicitada assinatura digital (impressão do polegar). Nas situações em que se constatou extremo comprometimento linguístico-cognitivo, apenas o familiar e/ou cuidador do sujeito com LN foi entrevistado, assinando o TCLE – (Apêndice D) na condição de participante do estudo.

Os TCLE foram impressos em duas vias, uma ficou com as pesquisadoras e a outra com o participante ou seu familiar/cuidador. Os TCLE incluíram explicações a respeito dos objetivos e da metodologia utilizada pelas pesquisadoras, sendo apresentados os riscos e os benefícios aos quais os sujeitos estariam expostos durante o período de coleta de dados.

Entre os riscos, destacaram-se os constrangimentos e cansaço em responder aos questionamentos. Nesse caso, bem como por qualquer outro motivo, foi esclarecido que os sujeitos teriam total liberdade para desistirem da pesquisa, em qualquer momento. Foi esclarecido que a participação na pesquisa não geraria ônus para os participantes, tampouco os remuneraria.

Quanto aos benefícios, foi referido que a pesquisa identificaria, discutiria e divulgaria sobre como se dá o acesso e o IT dos sujeitos aos cuidados especializados da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional no município de localização do Hospital pesquisado, bem como produziria conhecimento sobre saúde e QV de sujeitos com LN.

Também foi assegurado que a pesquisadora Jodeli Pommerehn e sua orientadora Prof<sup>a</sup> Dra Elenir Fedosse estariam disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, em qualquer momento do estudo.

Ressalta-se, que os nomes dos sujeitos da pesquisa e as informações fornecida serão mantidas em sigilo, preservando a identidade dos mesmos, de modo que foram mencionados por sujeito 1, 2, 3 etc. e que os dados obtidos serão utilizados somente para fins da pesquisa e produção de artigos a ela relacionados (Termo de Confidencialidade - Apêndice E).

Após o tratamento dos dados os documentos impressos foram recolhidos e armazenados/arquivados em envelopes lacrados, acondicionados em armário chaveado (patrimônio 094926), alocado na Sala 10 do Prédio de Apoio (Antigo Hospital Universitário de Santa Maria) – UFSM, Rua Floriano Peixoto, nº 1750, 7º andar, Centro - 97015-372; Santa Maria - RS. Após o período de cinco anos, os dados coletados serão destruídos: os questionários serão incinerados, o computador da marca HP *probook* 6460 N/S: BRG 216FKYV (patrimônio 205864) serão formatados.

### 3.3 AMOSTRA, LOCAL E PERÍODO DE COLETA

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas fases: a primeira no âmbito hospitalar e a segunda no domicílio dos sujeitos com LN.

#### 3.3.1 Âmbito hospitalar

A população desta fase foi composta por 391 sujeitos acometidos por LN, com idade superior a 18 anos, que acessaram os setores de Clínica Médica (CM) e/ou Pronto Atendimento (PA) do Hospital pesquisado. A amostra foi elaborada na forma de censo, pois contou com o número total de sujeitos com LN internados, obtida por visitação e coleta a cada dois dias, sustentadas pelo acesso direto ao arquivo de prontuários do hospital (acessado no período de 12 meses, de 1º de março de 2015 a 29 de fevereiro de 2016).

O tempo de pesquisa – um ano – visou identificar se haveria ou não sazonalidade quanto às causas e tipologia das LN e, sobretudo, a dinâmica do acesso e do cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional praticado por um hospital escola.

Os familiares e/ou cuidadores de sujeito com LN foram, somente, no caso de impossibilidade do sujeito com LN responder a entrevista, aqueles residentes no município de localização do Hospital pesquisado, abordados à beira do leito, com idade superior a 18 anos.

### 3.3.2 Âmbito domiciliar

A população desta fase correspondeu a 45 sujeitos, dos 131 acometidos por LN, internados entre março e agosto de 2015, residentes no município de localização do Hospital pesquisado. A amostra de 131 sujeitos teve perda de 28 que foram a óbito, 13 não foi possível contatar via telefone após a alta, cinco mudaram-se para outros municípios, quatro não quiseram participar da segunda fase de pesquisa, três não tiveram diagnóstico neurológico confirmado e três evadiram do Hospital. Determinando uma população de 75 sujeitos (amostra de 63 sujeitos para nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%).

Note-se que a amostra não foi atingida nesta fase devido a dificuldades como: i) conciliar a pesquisa do âmbito hospitalar com a do domicílio (ambas as coletas realizadas pela autora deste estudo); ii) estabelecer contato telefônico após a alta; iii) realizar visitas domiciliares sob condições meteorológicas adversas (*la nina* – intensas chuvas com estragos, dificultando o acesso e/ou por avarias das moradias); iv) locais inacessíveis (por relevo e/ou situação de preservação viária) e v) restrito transporte coletivo. Por fim, ressalta-se que tais dificuldades levaram ao estabelecimento da diminuição do tempo de coleta, desta fase da pesquisa, para meio ano.

## 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### 3.4.1 Âmbito hospitalar

Foram incluídos neste estudo, conforme indicado anteriormente, os sujeitos acometidos por LN que acessaram o PA e CM do Hospital pesquisado, com idade igual ou superior a 18 anos e, ainda, de ambos os sexos, de todas as raça e classes sociais, com residência em qualquer município da região de abrangência do Hospital. Foram excluídos sujeitos internados nos demais setores do Hospital pesquisado, sem LN e com idade inferior a 18 anos.

Familiares/cuidador de sujeito com LN que, tal como os sujeitos com LN, tinham 18 anos ou mais idade, residentes no município de localização do Hospital pesquisado de ambos os sexos, de todas as raça e classes sociais, foram incluídos. Foram excluídos os familiares que, tal como os sujeitos com LN, tinham idade inferior a 18 anos e/ou não residiam no município de localização do Hospital pesquisado.

#### **4.6.2 Âmbito domiciliar**

Nesta fase, foram incluídos os mesmos sujeitos da fase hospitalar, porém apenas aqueles com residência no município de localização do Hospital pesquisado (sujeitos com LN - de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, de todas as raça e classes sociais, que sobreviveram ao episódio lesional, que não evadiram do Hospital e que foi possível contatar via telefone após a alta hospitalar).

Foram excluídos sujeitos com idade inferior a 18 anos, com diagnóstico neurológico não confirmado, que evadiram do hospital, os não residentes no município de localização do Hospital pesquisado, aqueles com os quais não foi possível contato telefônico após a alta, os que não quiseram receber a visita domiciliar, bem como aqueles cujas residências estavam inacessíveis.

Familiares/cuidadores de sujeito com LN que, tal como os sujeitos com LN, eram residentes no município de localização do Hospital pesquisado, tinham 18 anos ou mais idade, de ambos os sexos, de todas as raça e classes sociais, foram incluídos. Foram excluídos os familiares/cuidadores que, tal como os sujeitos com LN, tinham idade inferior a 18 anos e/ou não residiam no município de localização do Hospital pesquisado.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

#### **3.5.1 Âmbito hospitalar**

A coleta de dados foi iniciada, simultaneamente, nos setores - PA e na Clínica Médica, identificando-se os sujeitos internados pela Clínica Neurológica. Ressalta-se que os prontuários dos sujeitos foram acessados nos próprios setores e deles retiradas as informações referentes ao sujeito e respectivas patologias neurológicas (AVC, TCE, TRM, Neoplasias cerebrais, Infecções e Doenças Neurológicas Degenerativas), bem como se identificava o acesso e o cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, segundo um formulário (Apêndice F), especialmente elaborado para esta pesquisa. Informações faltantes dos prontuários eram colhidas no Arquivo de Prontuários do Hospital mediante encomenda prévia dos mesmos (no máximo 10 prontuários por dia e com antecedência de 24 horas). O tempo da coleta variou entre uma a duas horas conforme a quantia de informações de cada sujeito.

Em seguida, os sujeitos acometidos por LN ou os seus familiares/cuidadores (caso os sujeitos com LN estivessem impossibilitados de responder), residentes no município onde foi realizada a pesquisa, foram entrevistados no leito por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice G), que levantava informações sobre o recebimento de esclarecimentos referentes ao acometimento neurológico e o conhecimento sobre a oferta de cuidados especializados pela Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, também, especialmente elaborada para esta pesquisa. Tais entrevistas ocorreram apenas após a orientação e autorização da Equipe de Enfermagem, que analisava a gravidade do estado de saúde física e emocional dos sujeitos e, também, de seus familiares/cuidadores. O tempo dessa coleta variou entre 15 a 30 minutos, conforme cada sujeito necessitava.

Os sujeitos com LN não residentes no município de pesquisa foram excluídos deste momento de coleta, devido ao fato de ser inviável a visita domiciliar prevista na segunda fase desta pesquisa.

### **3.5.2 Âmbito domiciliar**

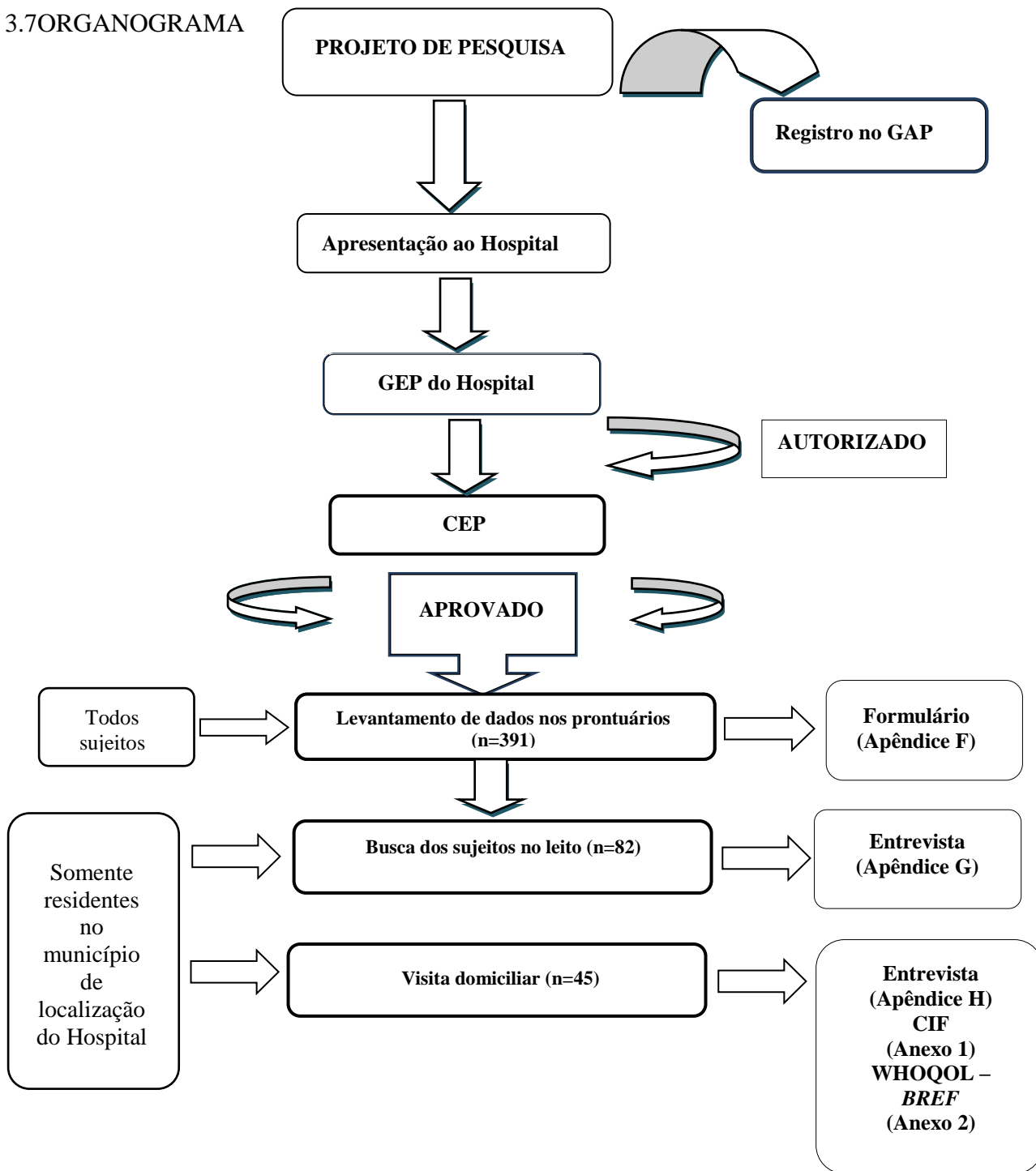
Entre dois e seis meses após a alta hospitalar (tempo esperado, ou seja, suficientemente necessário para que o sujeito e/ou familiares pudessem se acomodar à nova rotina no domicílio e buscarem cuidados para reabilitação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) a pesquisadora realizou visita domiciliar aos sobreviventes à LN residentes no município onde se localiza o Hospital onde este estudo foi realizado, procurando identificar as condições de saúde, a QV e o acesso ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional desses sujeitos. Era realizado contato telefônico para o agendamento da visita domiciliar, que ocorria conforme disponibilidade dos sujeitos com LN e de seus familiares.

Durante a visita domiciliar, os sujeitos com LN responderam uma entrevista semiestruturada (Apêndice H), elaborada especialmente para a pesquisa, assim como suas condições de saúde eram analisadas segundo a CIF (ANEXO 1) e o WHOQOL-Bref (ANEXO 2). O tempo de coleta variou entre uma hora e meia a duas horas e meia, conforme necessidade dos sujeitos.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados desta pesquisa foram armazenados em uma planilha no *Microsoft Office Excel 2010* e a análise foi processada no *Software Statistica 9.1* (frequência, moda, média e desvio padrão das variáveis), tendo sido realizada análise descritiva dos dados dos sujeitos com LN, das características lesionais e do acesso aos cuidados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante e após a internação hospitalar.

3.7 ORGANOGRAMA







## **4 RESULTADOS**

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois artigos científicos.

O primeiro – Caracterização de sujeitos com Lesão Neurológica e Acesso ao Cuidado hospitalar em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – a ser submetido à Revista CoDas, endereço eletrônico <http://www.scielo.br/revistas/codas/pinstruc.htm#02>.

O segundo artigo - Acesso ao Cuidado Especializado: uma análise das Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Sujeitos com Lesão Neurológica - será submetido a Revista de Terapia Ocupacional da USP, endereço eletrônico <http://www.revistas.usp.br/sausoc>.

**4.1 ARTIGO – Caracterização de sujeitos com Lesões Neurológicas e Acesso ao Cuidado Hospitalar em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**  
**Characterization of Individuals with Neurological Injury and Access to Hospital Care in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy**

**Acesso ao Cuidado Especializado Hospitalar**

**Access to Specialized Hospital Care**

JODELI POMMEREHN<sup>1</sup> - Universidade Federal de Santa Maria – UFSM -, Santa Maria, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

ELENIR FEDOSSE<sup>2</sup> - Universidade Federal de Santa Maria – UFSM -, Santa Maria, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

**Instituição onde o trabalho foi realizado:** Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

**Autor para correspondência:** Jodeli Pommerehn. 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: jodelipo@gmail.com

**Fonte de Financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

**Conflito de interesse:** nada a declarar.

**Contribuição dos autores:** <sup>1</sup> realizou a coleta, tratamento das informações, interpretação dos dados e elaboração do manuscrito; <sup>2</sup> orientou a elaboração e a discussão dos dados, bem como realizou a revisão do manuscrito.



#### 4.1.1 Resumo

**Objetivo:** Caracterizar as condições de saúde de sujeitos acometidos por Lesão Neurológica e analisa o acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante a internação hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo documental, descritivo, transversal e quantitativo; a amostra corresponde a 391 sujeitos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que acessaram um hospital universitário público, entre março de 2015 e fevereiro de 2016. A coleta de dados foi realizada por consulta aos prontuários, de onde foram retiradas informações sociodemográficas, das condições de saúde e do acesso à Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e por meio de uma entrevista semiestruturada com os sujeitos e/ou seus familiares/cuidadores (residentes no município de localização do hospital) abordando os cuidados recebidos durante a internação. **Resultados:** A maioria dos sujeitos é do sexo masculino, da cor branca e em idade produtiva. Predominaram lesões neurológicas por Acidente Vascular Cerebral, sendo que a maioria foi do tipo hemorrágico, tendo como fator de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica, Tabagismo e Diabetes *Mellitus*. Em geral o acesso foi restrito, sendo o acesso à Fonoaudiologia e à Terapia Ocupacional os mais prejudicados; a minoria dos sujeitos foi acompanhada pelas três áreas. **Conclusão:** Constatou-se que homens, brancos e em idade produtiva apresentaram lesão neurológica por Acidente Vascular Cerebral, decorrente de condições crônicas de saúde passíveis de prevenção. O acesso ao cuidado especializado em Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, fundamental para minimizar agravos das lesões neurológicas, no contexto hospitalar foi restrito.

**Palavras-Chave:** Hospitalização, Doenças do Sistema Nervoso; Acidente Vascular Cerebral, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional.

#### 4.1.2 Abstract

**Objective:** To characterize health conditions of individuals affected by Neurologic Injury and to analyze their access to care in Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy during hospitalization. **Methods:** This is a documentary, descriptive, transversal and quantitative study; the sample is composed of 391 individuals of both sexes, aged 18 years or older who have gone to a public university hospital between March 2015 and February 2016. Data collection was performed by assessment of hospital records containing information about sociodemographic profiles, health conditions and access to Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, as well as by a semi-structured interview with the individuals and/or their families/caregivers (resident in the hospital's municipality) on the care received during the hospitalization. **Results:** Most of the individuals are male, white and in working-age. Strokes were the predominant neurological injury, and most were of the hemorrhagic type, while risk factor consisted of systemic arterial hypertension, smoking and diabetes mellitus. In general, the access was restricted, and the access to Speech Therapy and Occupational Therapy were the most affected; the minority of individuals was accompanied by the three areas. **Conclusion:** It was verified that white men in working-age showed neurological damage by stroke due to chronic health conditions that could be prevented. Access to specialized care in Speech Therapy, Occupational Therapy and Physiotherapy, essential to minimize neurological injuries, was restricted in the hospital context. **Keywords:** Hospitalization, Nervous System Diseases, Stroke, Physiotherapy, Speech Therapy, Occupational Therapy.

### 4.1.3 Introdução

Os primeiros cuidados frente a uma Lesão Neurológica (LN) inclui ação profissional imediata sobre uma situação aguda de afecção à saúde e a permanência do sujeito acometido e de seus familiares em um espaço apropriado para a sobrevivência – o contexto hospitalar.

A vivência hospitalar transforma o cotidiano dos sujeitos - submetidos a uma rotina médica e de procedimentos<sup>1</sup>, regulados pela gravidade da situação de saúde<sup>2</sup>. Essa situação afeta também os familiares e, assim, aproxima sujeitos acometidos e seus familiares do mundo da dor, do sofrimento e da sensação de morte iminente<sup>3,4</sup>, gerando além do adoecimento físico, um sofrimento psíquico, permeado pelo medo e pela mudança de rotina<sup>1,2</sup>.

A pessoa internada chega, por vezes, ao sentimento de inutilidade (devido à dependência do outro para a realização das atividades básicas de vida diária), fato que se intensifica no caso das LN que, geralmente, geram sequelas que se configuram em deficiências temporárias ou permanentes devido perda ou anormalidade das estruturas anatômicas e fisiológicas dos órgãos ou tecidos dos sistemas afetados (central e/ou periférico) e/ou das funções psicológicas<sup>5</sup>.

As deficiências podem se manifestar como restrições dos comportamentos essenciais à vida e do desempenho ocupacional, gerando, por sua vez, desvantagens sociais, à medida que limitam ou impedem o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais<sup>5</sup>. Nas clássicas palavras de Bury<sup>3</sup>, sociólogo inglês, as LN transformam a realidade conhecida

do sujeito, ou seja, a sua forma de viver é rompida drasticamente, precisando, pois, ser ressignificada.

Buscando atender de forma integral à saúde, o Ministério da Saúde, por meio de uma série de atos legais, preconiza um modelo assistencial pautado por abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social das pessoas com deficiência. Com isso, compreende-se que essa ressignificação deve começar ainda no ambiente hospitalar, garantindo a aplicabilidade de ações de reabilitação o mais precocemente possível<sup>6</sup>. Quanto mais rápido o início da reabilitação, maiores são os benefícios à saúde da pessoa acometida; a melhora funcional é mais rápida imediatamente após a lesão neurológica<sup>7,8</sup>.

As intervenções reabilitadoras, portanto, favorecem a alta hospitalar e, conseqüentemente, a diminuição de agravos decorrentes por longos períodos de internação. Neste sentido, profissionais de reabilitação neurológica (terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, por exemplo) podem contribuir com o cuidado em saúde no ambiente hospitalar – maximizando a assistência e minimizando gastos, visto que a hospitalização exige dispendiosos investimentos<sup>9</sup>.

Sabe-se que a trajetória da busca por acompanhamento adequado às necessidades de saúde, configura-se como Itinerário Terapêutico (IT) e este, também, como uma tecnologia avaliativa em saúde<sup>10,11</sup>. A propósito, Cunha e Vieira<sup>9</sup>, esclarecem que o IT permite compreender, além da busca por parte do usuário, a produção e o gerenciamento do cuidado em saúde, ou seja, possibilita identificar qual a lógica usada pelos serviços de saúde para atender as necessidades de uma dada população<sup>10</sup>.



Reconhecendo-se os aspectos anteriormente referidos, pergunta-se: há oferta de cuidado especializado em recuperação funcional de sujeitos com LN, no ambiente hospitalar? Como e em que quantidade? Em outras palavras: como ocorre o acesso ao cuidado em Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia por pessoas com LN ainda no momento da hospitalização?

Portanto, este estudo tem o objetivo de caracterizar os sujeitos com LN e suas condições de saúde, bem como analisar o acesso ao cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante a internação hospitalar.

#### **4.1.4 Métodos**

Este estudo é de natureza documental, transversal, descritiva e quantitativa; foi realizado em um hospital, vinculado a uma instituição pública de ensino superior, de referência regional, localizado no interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida universidade, sob o número 941.552 (conforme a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos).

Interpreta dados de 391 sujeitos, de ambos os sexos, de todas as raças e classes sociais, de idade igual ou superior a 18 anos, com residência em qualquer município da região de abrangência do hospital, que acessaram o Pronto Atendimento (PA) ou a Clínica Médica (CM) do hospital devido à LN. Foram excluídos sujeitos internados nos demais setores, sem LN e com idade inferior a 18 anos. A amostra foi elaborada na forma de censo, entre março de 2015 e fevereiro de 2016, por visita a estes locais, a cada dois dias. A coleta de dados também foi sustentada pelo acesso ao Arquivo de Prontuários (do hospital) com o intuito de não se perder nenhum sujeito com LN.

A consulta aos prontuários ocorreu mediante preenchimento de formulário (especialmente elaborado para a pesquisa), voltado para a caracterização sócio demográfica dos sujeitos e das lesões neurológicas (segundo diagnósticos médicos anotados nos prontuários), bem como para a identificação do acesso aos cuidados especializados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante a internação hospitalar.

Foram convidados a responder a uma entrevista semiestruturada 82 sujeitos com residência no município de localização do hospital, de ambos os sexos, de todas as raças e classes sociais, de idade igual ou superior a 18 anos, que acessaram o Pronto Atendimento (PA) ou a Clínica Médica (CM) do hospital devido à LN. Foram excluídos sujeitos não residentes no município de localização do hospital, internados nos demais setores, sem LN e com idade inferior a 18 anos. A amostra foi elaborada na forma de censo, entre março de 2015 e agosto de 2015, por visitação aos leitos destes locais, a cada dois dias.

A entrevista semiestruturada (elaborada exclusivamente para esta), realizada à beira do leito, buscou dados sobre o recebimento de informações referentes ao acometimento neurológico e se tinham conhecimento sobre a oferta de cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. A coleta ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos com LN ou familiares/cuidadores. Dos 82 sujeitos, 48 familiares/cuidadores foram entrevistados devido ao extremo comprometimento linguístico-cognitivo do sujeito internado com LN.

Para o tratamento das informações coletadas, realizou-se análise descritiva, utilizando-se o *Software Statistica* 9.1. (frequência, moda, média e desvio padrão das variáveis).

#### 4.1.5 Resultados

Dos 391 sujeitos pesquisados, 224 (57,3%) eram do sexo masculino; os demais 167 (42,7%) do sexo feminino. A cor branca prevaleceu (359 sujeitos [91,8%]), sendo que 22 (5,6%) se autodeclararam pardos e nove (2,3%) negros. A média de idade foi de 53,9 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 97 (desvio padrão de 18,6 anos).

A coleta de informações, por meio do preenchimento do formulário, dos itens – profissão, escolaridade e condição civil – ficou comprometida pela incompletude dos prontuários: a profissão de 339 (86,7%) dos sujeitos não estava descrita, bem como a escolaridade de 315 (80,6%) e a situação civil de 233 (59,6%).

Grande parte – 227 (58,0%) sujeitos – era residente no município de localização do hospital; os demais 164 (42,0%) de municípios próximos da área de cobertura do hospital.

Dos 391 sujeitos pesquisados, foram a óbito 78 (19,9%) sujeitos; 16 não tinham a causa *mortis* descrita no prontuário e dos 62 que a tinham, 24 (38,7%) faleceram por AVCh, nove (14,5%) por tumor do SNC, nove (14,5%) por AVCi, sete (11,3%) por insuficiência respiratória, cinco (8,1%) por septicemia, quatro (6,4%) por Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), dois (3,2%) por hemorragia subaracnóidea e dois (3,2%) por Traumatismo Crânio Encefálico.

A LN por Acidente Vascular Cerebral (AVC) acometeu 142 (36,3%) dos sujeitos, sendo que 93 (65,5%) tiveram AVC hemorrágico e 49 (34,5%) isquêmico. E 100 (25,6%) foram acometidos por Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), 41 (10,5%) por tumor em Sistema Nervoso Central (SNC), 21 (5,3%) tiveram infecção no SNC (sendo nove [2,3%] por toxoplasmose, oito [2,0%] por criptococose, dois [0,5%] por sífilis e dois [0,5%] por tuberculose), 16(4,1%) por fratura vertebral, 10

(2,5%) por Esclerose Múltipla (EM), oito (2,0%) por neoplasia medular, sete (1,8%) tiveram meningite, sete (1,8%) por mielite, sete (1,8%) por polineuropatia, sete (1,8%) por Trauma Raquimedular (TRM), seis (1,5%) por síndrome de Guillian-Barré, cinco (1,3%) por hidrocefalia, cinco (1,3%) por encefalopatia, três (0,8%) por Doença de Alzheimer, dois (0,5%) por Doença de Parkinson, um (0,2%) por discopatia degenerativa, um (0,2%) por isquemia medular, um (0,2%) por miastenia *gravis* e um (0,2%) por epilepsia.

Destaca-se que 31 (7,9%) dos sujeitos acometido por LN tiveram mais de uma internação durante os 12 meses da pesquisa; 26 (91,2%) desses foi devido ao mesmo acometimento neurológico da primeira internação (nove [34,6%] por tumor, seis [23,0%] por infecção, cinco [19,2%] por AVC, dois [7,7%] por traumatismo raqui-medular, um [3,9%] por fratura vertebral, um [3,9%] por polineuropatia, um [3,9%] por hidrocefalia e um [3,9%] por esclerose múltipla).

A causa de internação de 95 (24,3%) sujeitos foi devido à queda (da própria altura ou acima de três metros), de 48 (12,3%) a acidente de trânsito (automóvel, motocicleta ou atropelamento) e de 17 (4,33%) por violência (ferimento por arma de fogo, por arma branca ou agressão física).

Quanto aos fatores de risco prevaleceu a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 191 (49,0%) dos sujeitos; 117 (29,9%) eram tabagistas, 77 (19,9%) tinham Diabetes *Mellitus* (DM), 66 (16,9%) eram etilistas, 65 (16,6%) tinham dislipidemia, 17 (4,6%) tinham *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), 15 (3,8%) eram obesos. Ressalta-se que 44 (11,2%) sujeitos tinham sofrido episódio de AVC e, destes, 32 (72,7%) internaram por novo AVC.

Apresenta-se, a seguir (Quadro 1), a descrição dos fatores de risco conforme os tipos de lesões neurológicas, a saber: vasculares (AVCh e AVCi), degenerativas

(Doença de Alzheimer e de Parkinson, discopatia), desmielinizantes (esclerose múltipla), tumores (craniano e medular), traumatismos (crânio encefálico e raquimedular), infecções (meningite, mielite, criptococose, tuberculose, toxoplasmose), fraturas vertebrais (cervical, torácica e lombar), encefalopatias cerebrais (epilepsia, hidrocefalia), doenças auto imunes (miastenia *gravis* e Síndrome de Guillian-Barré) e polineuropatias.

#### INSERÇÃO QUADRO 1

Dos 93 sujeitos que sofreram acometimento por AVCh, 73 (78,5%) têm HAS e 40 (43,0%) são tabagistas e, dos 49 que sofreram AVCi, 35 (71,4%) têm HAS e 20 (40,8%) são tabagistas.

Dos 391 sujeitos com LN que acessaram o hospital, 374 ficaram internados no Pronto Atendimento Adulto (PA), com o tempo médio de permanência nesse setor de 8,7 dias (desvio padrão de 9,4 dias).

Nesse local existem cinco profissionais que prestam o cuidado especializado, sendo dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos e um terapeuta ocupacional. O acesso a estes, no PA, foi inferior a 16%. O número de encaminhamentos médicos à Fisioterapia e à Fonoaudiologia foi superior ao número de atendimentos prestados (Tabela 1).

#### INSERÇÃO TABELA 1

Necessitaram de procedimento cirúrgico 33 sujeitos com LN, os quais permaneceram em Sala de Recuperação de Anestésico (SRA).

Na SRA têm disponível quatro profissionais responsáveis pelo cuidado especializado; três fisioterapeutas, um fonoaudiólogo e nenhum terapeuta ocupacional. Nesse local o acesso à Fisioterapia e à Fonoaudiologia foi mínimo. Na

Tabela 2, encontra-se descrito o acesso ao cuidado a essas áreas, relacionando-se as fontes de encaminhamentos e as assistências praticadas.

#### INSERÇÃO TABELA 2

Dos sujeitos que acessaram o hospital, 60 passaram pela Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto, com o tempo médio de permanência nesse setor de 2,4 dias (desvio padrão de 7,2 dias). Neste local trabalham dois profissionais responsáveis pelo cuidado especializado, sendo um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e nenhum terapeuta ocupacional. Constatou-se que, na UTI, o acesso à Fisioterapia e à Fonoaudiologia foi garantido a todos os encaminhamentos. A única assistência em Terapia Ocupacional foi realizada por seis acadêmicas do Estágio Supervisionado em Terapia Ocupacional I e II, do sétimo e oitavo semestres da graduação (Tabela 3).

#### INSERÇÃO TABELA 3

Estiveram internados, no setor de Clínica Médica (CM), 173 sujeitos, tendo como tempo médio de permanência 8,6 dias (desvio padrão de 21,7 dias). Existem três profissionais dedicados ao cuidado especializado; dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo e nenhum terapeuta ocupacional. O maior acesso foi o de Fisioterapia. Constatou-se, novamente que o número de encaminhamentos médicos se aproximou do número de atendimentos realizados pela Fisioterapia e Fonoaudiologia. Também, mais uma vez, o cuidado em Terapia Ocupacional foi realizado por estagiárias do curso de graduação, no estágio anteriormente referido (Tabela 4).

#### INSERÇÃO TABELA 4

O hospital universitário conta com um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); 38 dos sujeitos com LN serviram-se da internação em seus domicílios (o tempo

médio de permanência nesse serviço foi de 11 dias [desvio padrão de 60,3 dias]). Convém destacar que a equipe do SAD é composta por três profissionais especialistas em reabilitação: um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional. Pode-se observar número de atendimentos do cuidado especializado superior ao número de encaminhamentos médicos realizados (Tabela 5).

#### INSERÇÃO TABELA 5

Dos 391 sujeitos, 141 (36,0%) receberam atendimento em Fisioterapia, 92 (23,5%) em Fonoaudiologia e 22 (5,6%) em Terapia Ocupacional. Somente 16 (4,1%) receberam o cuidado dos três núcleos profissionais.

O hospital conta com 35 fisioterapeutas, 11 fonoaudiólogos e três terapeutas ocupacionais. A maioria, nove, dos fisioterapeutas estão envolvidos exclusivamente com cuidados na UTI Neo-Natal ou Pediátrica; e, a maioria, seis, dos fonoaudiólogos atuam nos Ambulatórios de Prótese Auditiva ou disfagia. Os terapeutas ocupacionais atuam nos diferentes setores do hospital, ou seja, não foi identificada prevalência de ação do profissional em nenhum setor.

Durante a internação hospitalar, 82 sujeitos foram entrevistados no leito (48 não tiveram condições de realizar a entrevista, sendo realizada pelo familiar/cuidador). 68 (83,1%) referiram que os profissionais de saúde explicaram/orientaram sobre a LN (o porquê ocorreu, as medidas adotadas e o porquê delas, bem como sobre as sequelas e os procedimentos possíveis); 14 (16,9%) referiram que não receberam explicações/orientações.

Por fim, convém ressaltar que quando questionados se sabiam que dentro do hospital havia o cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, 46 (56,1%) sujeitos responderam que não sabiam.

#### 4.1.6 Discussão

Neste estudo houve prevalência do sexo masculino conforme estudos nacionais e internacionais<sup>12,13,14,15</sup>. E contrariamente a outro<sup>15</sup>, realizado em condições similares (hospital universitário regional, do sul do Brasil, dois anos de coleta).

A cor branca e a média de idade foram próximas a outros estudos: um realizado em uma clínica neurológica, também na região sul e durante um ano<sup>16</sup>, e outro em uma Clínica Escola de Fisioterapia, na região norte do país, durante 10 meses<sup>17</sup>.

Por meio da consulta de prontuários, informações sobre escolaridade, estado civil e ocupação laboral dos sujeitos, não foram possíveis de serem levantadas, neste estudo, por incompletude dos prontuários físicos (ainda está em processo de implantação, no hospital, o prontuário eletrônico, o que dificultou a coleta devido a ilegibilidade e/ou inexistência de informações importantes). Estudo de Patrício<sup>18</sup> concluiu que o o prontuário eletrônico favorece a gestão de serviços, a comunicação, a criação e/ou implementação de políticas e, principalmente, os sujeitos que recebem cuidados. Portanto, tais vantagens favorecem o acesso ao cuidado em saúde.

Os principais tipos de LN diagnosticadas foram AVC, TCE e tumores em SNC (AVC e tumores de SNC foram as principais causas de morte encontradas neste estudo), concordando com estudo realizado, com 244 sujeitos, em hospital universitário federal de São Paulo no qual prevaleceu 69,3% casos de AVC<sup>14</sup>. Tal fato pode ser interpretado como, independentemente, da densidade demográfica das cidades, do nível de desenvolvimento de um país, o AVC é uma das principais causas de morte e/ou de comorbidades no mundo (16 milhões de pessoas,



aproximadamente, são acometidas por ano, dessas, seis milhões morrem)<sup>19</sup>. No Brasil, é a principal causa de morte e de incapacidade, gerando importantes impactos econômicos e sociais<sup>20</sup>.

As quedas, os acidentes de trânsito e as diferentes formas de violência configuraram-se como os mecanismos mais frequentes de lesões neurológicas traumáticas, tal como dois estudos nacionais: um com 3112 pacientes internados em um hospital universitário de Curitiba (PR)<sup>21</sup> e outro com 108 idosos de um hospital universitário de Campinas (SP)<sup>22</sup>. Ainda concorda com um estudo internacional<sup>23</sup>, na Nova Zelândia (AU), com 790 sujeitos residentes na zona rural e urbana, acometido por TCE.

Um diferencial deste estudo foi o predomínio do AVCh (73 sujeitos dos 93 acometidos por AVCh, tinham HAS [Quadro 1]), discordando de estudos <sup>24,25</sup> em que prevaleceram acometimento por AVCi associados à HAS. Indiscutivelmente, a hemorragia está estreitamente relacionada à HAS<sup>26,27</sup>, no entanto, o grande número de AVCh encontrado neste estudo, pode estar relacionado aos cuidados de alta complexidade prestados no hospital onde foi realizada a pesquisa – uma instituição de saúde de referencial regional e, ainda, a única pública local para comprometimentos graves de saúde).

Ao lado da HAS houve relevante número de sujeitos com tabagismo e DM (Quadro 1). Os dados deste estudo estão em consonância com altos índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na população gaúcha<sup>28</sup>. Um estudo nacional<sup>29</sup> e outro dois internacionais, um na China<sup>27</sup> e outro na Turquia<sup>30</sup>, associou HAS a outros fatores de risco como DM e tabagismo, dislipidemia e, conseqüentemente, a acometimentos cardiovasculares como o AVC.

Destaca-se a recorrência de AVC e a presença de fatores de risco nos sujeitos deste estudo. Estudo internacional<sup>31</sup> demonstrou risco significativo de recorrência de AVCi e AVCh em asiáticos com HAS. No Brasil, estudos<sup>32</sup> sugerem que o aumento de sujeitos com fatores de risco pode decorrer da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Note-se que o aumento da prevalência de uma condição mórbida pode, por um lado, ser um indicador positivo de acesso a serviços de saúde, mas, conforme advertem<sup>33</sup> somente se acompanhado de ausência do crescimento da incidência. Fato que não pode ser comprovado neste estudo, por ser transversal (é necessária realização de uma série histórica para se obter dados epidemiológicos dessa natureza).

Estudo nacional<sup>34</sup> e internacional<sup>30</sup> sugerem que o predomínio de condições crônicas não será atendido com a devida eficiência, efetividade e qualidade quando os sistemas de saúde estão voltados prioritariamente para as condições agudas e são organizados de forma desintegrada (situações evidenciadas na cidade onde esta pesquisa foi realizada). A Organização Mundial da Saúde<sup>35</sup>, em 2003, já advertia que a saúde mundial falhava quando não conseguia garantir o declínio dos problemas agudos e deter a ascensão das condições crônicas. Portanto, a criação de espaços que garantam discussão/diálogo efetivo entre os que prestam cuidado (profissionais que compõem os serviços na atenção primária, secundária e terciária) e os que o recebem (usuários), pode contribuir para promoção da saúde<sup>36</sup>.

Enquanto não existirem, nos diferentes níveis de atenção à saúde, equipes multiprofissionais e interdisciplinares, o risco do cuidado parcial à saúde persistirá<sup>30</sup>. Não é de hoje que se sabe que os problemas de saúde exigem a colaboração de profissionais de muitas disciplinas, por sua multidimensionalidade e

multicausalidade<sup>37</sup>. Segundo este autor, a coordenação de esforços multiprofissionais é tanto necessária quanto difícil; para se praticar a interdisciplinaridade é necessário desconsiderar as fronteiras disciplinares e renunciar ao corporativismo e às rivalidades profissionais<sup>36</sup>.

Os hospitais que contam com equipes multiprofissionais ampliadas, por exemplo, com a participação da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional podem favorecer o sujeito acometido por LN e sua família, durante o período de internação<sup>6,38</sup>. Tais estudos ressaltam que após os cuidados imediatos e a estabilização do estado clínico e neurológico de sujeitos com LN é extremamente importante a instituição de tratamento de reabilitação precoce, por uma equipe multidisciplinar, com vistas a potencializar as capacidades remanescentes e, mais, reduzir a estadia dos mesmos no ambiente hospitalar.

O PA, apesar de ser um dos setores que mais possibilitou acesso ao cuidado especializado da Fisioterapia e Fonoaudiologia, atendeu menos da metade dos sujeitos internados, não suprimindo o número de encaminhamentos médicos (tabela 1) - provavelmente devido ao número reduzido de profissionais da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e ainda associado ao curto período de internação (característica principal do setor).

O cuidado da Fisioterapia e da Fonoaudiologia (tabela 1), no PA, reforça dados de outro estudo<sup>39</sup> que afirma a importância da atuação multiprofissional em serviços de urgência e emergência. Segundo Tonetto e Gomes<sup>40</sup>, tal atuação é promissora e irreversível, pois leva a uma sistematização do trabalho, melhora dos resultados no atendimento e redução dos custos financeiros da unidade.

Também na SRA, o cuidado especializado foi mínimo e não conseguiu atender o número de encaminhamentos. Prevaleceu o cuidado da Fisioterapia (tabela 2). Atribui-se tal resultado ao reduzido número de profissionais no setor.

A UTI conseguiu atender praticamente todos os encaminhamentos à Fisioterapia e à Fonoaudiologia, porém alcançou metade dos internados (tabela 3). Este mesmo contexto foi identificado na CM (tabela 4).

A relevância da atuação especializada em UTI é destacada na literatura; estudos indicam que a angústia e o estresse vividos nesse ambiente afetam não somente os sujeitos acometidos e seus familiares, mas também os profissionais<sup>41,42</sup> e, por isso, destaca a importância de uma equipe multiprofissional que partilhe as responsabilidades do cuidado. A propósito, a participação da Fisioterapia, da Fonoaudiologia e da Terapia Ocupacional em UTI é relativamente recente<sup>43</sup>, foi prevista no Art. 23, da Seção V, da Resolução 7, de 24 de fevereiro de 2010<sup>44</sup>.

O SAD foi o que proporcionou maior acesso dos sujeitos com LN ao cuidado da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, apesar de não terem sido realizados encaminhamentos médicos (tabela 5). Tal fato certamente está relacionado ao reconhecimento do referido setor de que a atenção domiciliar de sujeitos com sequelas neurológicas somente poderá ser alcançada por meio de uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar<sup>30,45</sup>.

Dessa forma, pode-se constatar que o PA, UTI, CM e SAD (tabelas 1, 3, 4 e 5) foram os setores que mais possibilitaram acesso aos cuidados especializados da Fisioterapia e Fonoaudiologia. Os cuidados ofertados por fisioterapeutas, quando comparados com os fonoaudiólogos, foram distribuídos de forma uniforme nos setores pesquisados do hospital, sendo por encaminhamentos médicos e também por iniciativas dos profissionais.

Esta condição pode ser explicada pela realidade local. A existência de nove fisioterapeutas atuando anteriormente à reestruturação dos hospitais universitários e 26 novos por contratação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A Fonoaudiologia recém ampliou a equipe hospitalar, passando de um fonoaudiólogo para 10, ou seja, integrando nove novos fonoaudiólogos por contratação da EBSERH. A Terapia Ocupacional conta com três profissionais contratados pela EBSERH. Apesar disso, neste estudo, pode-se constatar que foi precário o acesso às três profissões, principalmente à Fonoaudiologia e à Terapia Ocupacional, possivelmente porque o número de tais profissionais ainda é reduzido para atender a demanda hospitalar em LN.

A referida realidade local é compatível com a situação nacional de participação da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Estudo nacional<sup>46</sup>, voltado à inserção da Fisioterapia na saúde brasileira, revelou que a Região Sul do país apresentou 71% de fisioterapeutas atuando na Atenção Secundária, 17% na Terciária e 12% na Básica. Isso pode estar relacionado à história da profissão voltada para a reabilitação, acrescida da formação voltada a atendimentos individuais com ações ambulatoriais e hospitalares, o que tem favorecido o cuidado e o conhecimento da profissão na média e alta complexidades, porém permanecendo durante longo tempo com limitada atuação na atenção básica<sup>47</sup>.

A realidade do acesso à Fonoaudiologia neste estudo, foi compatível com estudo nacional<sup>48</sup> realizado em Hospitais Universitários, o qual constatou fonoaudiólogos atuando em ambulatórios, UTI e PA. Este revelou atuação no PA, CM, UTI, SRA e SAD (tabela 1, 2, 3, 4 e 5). Porém, sua atuação nesses locais ainda

precisa ser ampliada, dado o potencial da profissão no cuidado de sujeitos com LN<sup>49</sup>.

Quanto à Terapia Ocupacional, em 2007, estudo referia que a atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar, junto ao adulto e idoso (população deste estudo), era escassa<sup>50</sup>. O mesmo se mantém em estudo recente<sup>51</sup>, realizado na Bahia. Ambos são compatíveis com os resultados deste estudo.

Borges, Leoni e Cotinho<sup>51</sup> revelaram que o número de terapeutas ocupacionais no contexto hospitalar ainda é escasso, porém está em processo de expansão. Outro estudo Galheigo e Antunes<sup>50</sup> revelou que a Regiões Sul e Sudeste tem maior número desses profissionais atuantes na esfera hospitalar, porém o público se restringe ao infantil. As autoras atribuem tal condição ao fato de nessas regiões existirem maior quantidade de hospitais e de cursos de Terapia Ocupacional em universidade públicas, ao lado dos atuais Programas de Residências Multiprofissionais<sup>50</sup>.

Quanto às explicações/orientações sobre a LN, segundo a maioria dos sujeitos entrevistados, foram realizadas, especialmente, por médicos e enfermeiros; já que, a maioria dos sujeitos não sabia que cuidados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Possivelmente este fato é reflexo histórico das instituições hospitalares se apresentarem com confirmada atuação médica e da Enfermagem (enfermeiros e técnicos de Enfermagem), centrada no cuidado a problemas agudos de saúde.

Apesar de todas as medidas sugeridas para o cuidado integral e humanizado<sup>6</sup>, ainda persistem fatores que dificultam a atenção especializada junto a pessoas com LN. Destacam-se, assim, a desinformação da sociedade, a precária

distribuição dos recursos financeiros e a visão limitada dos serviços sobre a conveniência das profissões deste estudo para a melhoria da qualidade de vida.

#### **4.1.7 Conclusão**

Neste estudo houve prevalência de sujeitos em idade produtiva, do sexo masculino e da cor branca; outros aspectos com escolaridade, estado civil e profissão não puderam ser coletados devido a prontuários incompletos e não informatizados.

As LN predominantes foram por AVC do tipo hemorrágico e fatores de risco a HAS, o tabagismo e as DM (DCNT passíveis de serem abordadas e controladas na Atenção Básica e/ou nos Ambulatórios de especialidade médicas e não médicas – no setor público ou privado).

O acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional não foi uniforme (variou de acordo com a trajetória local e nacional das profissões); tende a ocorrer mediante encaminhamento médico, mas também se evidenciou cuidado por iniciativa dos fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Há maior número de encaminhamentos e também de atendimentos em Fisioterapia, seguido da Fonoaudiologia e, minoritariamente, da Terapia Ocupacional.

Portanto, pode-se dizer que acesso aos cuidados especializados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional carecem de ampliação. A Ampliação do quadro de especialista em reabilitação neurológica, certamente, contribuiria com o processo de cuidado integral ao sujeito com LN, bem como redução no tempo de internação desses sujeitos. Além disso, devemos atentar para a desinformação desses sujeitos sobre cuidados em saúde disponíveis para

melhorar suas vidas e ainda, a prevalência de doenças crônica e necessidade de acompanhamento.



#### 4.1.8 Referências

1. De Carlo MMRP, Bartalotti CC, Palm RDCM. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. São Paulo: Roca, 2004, p.3-28.
2. Angeli AAC, Luvizaro NA, Galheigo SM. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a arte da terapia ocupacional no hospital. Interface (Botucatu). 2012; 16 (40): 261-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci_abstract&tlng=es).
3. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 1982; 4(2):167-82.
4. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*. 2014; 22(1): 94-104.
5. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
6. Brasil. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador da prática de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377(9778):1693-702. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21571152> DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5

8. Sousa RCP, Terra FR, Carbonero FC, Campos D. Terapia de Restrição e indução do movimento hemiparético. *Rev. Neurocienc.* 2012; 20(4): 604-11.
9. Cunha ABO, Vieira LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4):725-737.
10. Bellato R, et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In Pinheiro R, Martins PHN (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.* Rio de Janeiro: Editora universitária UFPE; ABRASCO, 2009.
11. Gerhardt TE, et al. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: *Por uma sociedade cuidadora.* 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS- UERJ; ABRASCO, 2010.
12. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; 87(6):747-56.
13. Lofmark U, Hammarstrom A. Evidence for Age-Dependent Education-Related Differences in Men and Women with First-Ever Stroke. *Neuroepidemiology.* 2007; 28(3):135-141.
14. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev Cefac.* 2011; 13(2): 330-9.
15. Persky RW, Turtzo LC, McCullough LD. Stroke in women: disparities and outcomes. *Curr Cardiol Rep.* 2010, 12(1):6-13.

16. 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.
17. 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.
18. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Sci Med*. 2011; 21(3):121-31.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Acidente vascular cerebral: Uma das principais causas de mortes no mundo, doença pode ser prevenida com hábitos saudáveis de vida. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>.
20. Barros SLA, Passos NRS, Nunes MASN. Estudo inicial sobre Acidente Vascular Cerebral e serious games para aplicação no projeto “AVC” do núcleo de tecnologia assistiva da UFS. *Revista GEINTEC*. 2012; 3(1):121-43.
21. Broska Junior CA, Folchini AB, Ruediger RR. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2013; 40(4):281-286.
22. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):659-64.
23. Feigin VL, et al. Incidence of traumatic brain injury in New Zealand: a population-based study. *The Lancet Neurology*, 2013; 12(1): 53-64.

24. Moutinho M, Magalhães R, Correia M, Silva C. Avaliação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e Prognóstico dos Utilizadores. *Acta Médica Portuguesa*. 2013; 26:113-122.
25. Pan A et al. Sleep Duration and Risk of Stroke Mortality Among Chinese Adults Singapore Chinese Health Study. *Stroke*. 2014; 45(6):1620-25.
26. Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia avaliação e tratamento*. 4ª Ed. Barueri: Manole, 2004, p.540.
27. Manolis A, et al. The unappreciated importance of blood pressure in recent and older atrial fibrillation trials. *Journal of hypertension*. 2013; 31(11): 2109-17.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. 2014. [Acesso em 01 de abr. 2016]. Disponível em <http://www.ibge.br>
29. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 4 (Supl 2): 98-106.
30. Kocaman G, et al. Recurrent ischemic stroke characteristics and assessment of sufficiency of secondary stroke prevention. *Hypertension*, 2015; 80: 88.
31. Estol CJ, et al. Differences in ischemic and hemorrhagic recurrence rates among race-ethnic groups in the PRoFESS secondary stroke prevention trial. *International Journal of Stroke*, 2014; 9(100):43-7.
32. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 (Supl.2): 83-89.
33. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16 (9):3755-68.

34. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(5):2297-2305.
35. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Classificação Detalhada com definições Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. 2003. Disponível em:<<http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>.
36. Onocko-Campos RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública. 2012; 46(1): 43-50.
37. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde características e exigências. Rev. Adm. pub. 1992; 26(2):8-19.
38. Gonçalves L. Reabilitar para integrar. Saber Viver. p. 55-56, 2012.
39. Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(1):106-12.
40. Tonetto AM, Gomes WB. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estud psicol. 2007;24 (1): 89-98.
41. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. R Enferm UERJ. 2006; 14(1): 93-9.
42. Miranda EJP, Stancato K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. RBTI. 2008;20 (1): 68-76.
43. Da Silva FR, Ballarin MLGS, De Oliveira JC. Grupo de acompanhantes de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2015; 23(4):871-77.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>.
45. Brito, MJM. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery. 2013 ;17(4): 603-10.
46. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, DRIUSSO P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Rev bras fisioter. 2012; 16(5): 422-30.
47. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
48. Guimarães VC, Barbosa MA, Porto CCO. Perfil da Fonoaudiologia em hospitais universitários federais brasileiros. Distúrb Comun.2009;21(2):199-206.
49. Guimarães VC, Barbosa MA. Riscos ocupacionais em fonoaudiólogos de uma unidade hospitalar: um estudo-piloto. Distúrb Comum. 2007; 19(3): 305-11.
50. Galheigo SM, Antunes JR. A caracterização da produção bibliográfica nas práticas hospitalares em terapia ocupacional no Brasil: uma revisão da literatura de 1990 a 2007. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008;19( 2): 91-9.
51. Borges F, Leoni TF, Coutino I. Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012; 20( 3):425-33.

Quadro 1. Fatores de risco nas lesões neurológicas (n=391).

	Dislipidemia n (%)	DM n (%)	HAS n (%)	Etilismo n (%)	Tabagismo n (%)	Obesidade n (%)	HIV n (%)
Autoimunes		1(1,3)	2(1,0)	2(3,0)	1(0,8)		
Degenerativa		1(1,3)	1(0,5)		1(0,8)	1(6,7)	
Desmielinizante			1(0,5)	2(3,0)	2(1,7)		
Encefalopatia	1(1,5)	1(1,3)	2(1,0)	1(1,5)	2(1,7)		
Fratura vertebral		1(1,3)	6(3,0)		4(3,4)	1(6,7)	
Infecção	1(1,5)	5(6,5)	13(6,7)	4(6,0)	14(12,1)	1(6,7)	14(82,3)
Polineuropatia			2(1,0)	2(3,0)	1(0,8)	1(6,7)	1(5,9)
Traumatismo	7(10,7)	9(11,7)	28(14,1)	13(19,5)	16(13,7)		
Tumor	11(16,9)	12(15,6)	25(12,6)	9(14,0)	16(13,7)	4(26,7)	1(5,9)
Vascular	45(69,3)	47(61,1)	111(58,4)	33(50,0)	60(51,3)	7(46,7)	1(5,9)
Total n (%)	65(16,6)	78(19,9)	191(49,0)	66(16,9)	117(29,9)	15(3,8)	17(4,6)

**Legenda:** DM (Diabetes *Mellitus*); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Tabela 1: Acesso ao cuidado especializado no Pronto Atendimento adulto (n=374)

Pronto Atendimento Adulto		Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)
<b>Encaminhamento médico</b>	Receberam	117 (29,9)	77 (19,7)	-
	Não receberam	257 (70,1)	297 (80,6)	374 (100,0)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessaram	62 (15,8)	39 (10,0)	1(0,3)
	Não acessaram	312 (84,2)	335 (90,0)	373 (99,7)

Tabela 2: Acesso ao cuidado especializado na Sala de Recuperação de Anestésico (n=33)

Sala de Recuperação de Anestésico		Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)
<b>Encaminhamento médico</b>	Receberam	13 (39,4)	5 (15,1)	-
	Não receberam	20 (60,6)	28 (84,9)	33 (100%)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessaram	10 (30,3)	2 (0,5)	-
	Não acessaram	23 (69,7)	31 (95,5)	33 (100%)

Tabela 3: Acesso ao cuidado especializado na Unidade de Tratamento Intensivo (n=60)

Unidade de Tratamento Intensivo		Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)
<b>Encaminhamento médico</b>	Receberam	32 (53,3)	20 (33,3)	-
	Não receberam	28 (46,7)	40 (66,7)	60 (100,0)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessaram	32 (53,3)	18 (30,0)	1 (0,2)
	Não acessaram	28 (46,7)	42 (70,0)	59 (99,8)

Tabela 4: Acesso ao cuidado especializado nos leitos da Clínica Médica (n=173)

Setor da Clínica Médica	Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)
-------------------------	--------------------	----------------------	---------------------------

<b>Encaminhamento médico</b>	Receberam	79 (45,7)	47 (27,2)	-
	Não receberam	94 (54,3)	126 (72,8)	173 (100,0)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessaram	75 (43,3)	53 (30,6)	25 (14,4)
	Não acessaram	98 (56,7)	121 (69,4)	148 (85,6)

Tabela 5: Acesso ao cuidado especializado no Serviço de Atenção Domiciliar (n=38)

Serviço de Atenção Domiciliar	Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)	
<b>Encaminhamento médico</b>	Receberam	9 (23,7)	5 (13,1)	-
	Não receberam	29 (76,3)	33 (86,9)	38 (100,0)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessaram	31 (81,6)	29 (76,3)	6 (15,8)
	Não acessaram	7 (18,4)	9 (23,7)	32 (84,2)



**4.2 ARTIGO – Acesso ao Cuidado Especializado: uma análise das Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Sujeitos com Lesão Neurológica<sup>1,2</sup>**

**Access to Specialized Care: An Analysis of Health Conditions and Quality of Life of Individuals with Neurological Injury<sup>1,2</sup>**

**Jodeli Pommerehn<sup>3,4</sup>, Elenir Fedosse<sup>3,5</sup>**

<sup>1</sup> Resulta de pesquisa de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana – UFSM.

<sup>2</sup> Órgão financiador: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

<sup>4</sup> Endereço para correspondência: 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 – jodelipo@gmail.com, (055)91642662.

<sup>5</sup> elenirfedosse@gmail.com



#### 4.2.1 Resumo

**Introdução:** Sujeitos acometidos por Lesão Neurológica (LN) podem ter restrições e incapacidades, que podem ser minimizadas pelo acesso ao cuidado especializado da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. **Objetivo:** Analisar o acesso de sujeitos com LN, a tais profissões, pós-alta hospitalar, suas condições de saúde e Qualidade de Vida (QV). **Métodos:** É descritivo e quantitativo. Foram entrevistados 45 sujeitos nos domicílios por meio de entrevista semiestruturada, do *check list* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e do *World Health Organization Quality of Life – Bref*. **Resultados:** 68,2% não acessaram atendimento fisioterápico, fonoaudiológico e em Terapia Ocupacional, por desorganização dos serviços (46,7%) e desconhecimento sobre a necessidade de tais cuidados (95,5%). Prevaleram alterações nas funções físicas (60,9%) e mentais (58,7%); 87,0% tiveram dificuldades para retomarem a rotina; a média de QV foi 64,1. **Conclusão:** O acesso à Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional pós-alta hospitalar foi mínimo. Os sujeitos têm restrições e incapacidades (físicas e mentais) que interferiram na retomada do cotidiano e na QV.

**Palavras-chave:** Acesso aos Cuidados em Saúde; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Qualidade de Vida.

#### 4.2.2 Abstract

**Introduction:** Individuals affected by Neurological Injury (NI) have restrictions and disabilities that can be minimized by the access to specialized care of Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy. **Objective:** To analyze the access of individuals with NI to such cares, after hospital discharge, their health and quality of life (QOL).

**Methods:** This is a descriptive and quantitative study. 45 individuals were interviewed in households through semi-structured interviews, check list of International Classification of Functioning, Disability and Health and the World Health Organization Quality of Life – Bref.

**Results:** 68.2% have not accessed cares of Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy due to disorganization of services (46.7%) and lack of knowledge about the need for such care (95.5%). Changes in physical (60.9%) and mental (58.7%) functions were prominent; 87% had difficulties to continue their routines; the average QOL was 64.1. **Conclusion:** The access to Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy after hospital discharge was minimal. The individuals have restrictions and disabilities (physical and mental) that interfered in daily life continuation and QOL.

**Keywords:** Access to Health Care; International Classification of Functioning, Disability and Health; Quality of life.

### 4.2.3 Introdução

O cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional a sujeitos com Lesões Neurológicas (LN) é fundamental - do contexto hospitalar ao retorno da vida em sociedade. As LN interferem nos aspectos biológicos, psíquicos e sociais e, conseqüentemente, na Qualidade de Vida (QV) das pessoas acometidas<sup>1</sup>.

Os diversos procedimentos de cuidado às pessoas com LN realizados no âmbito hospitalar abalam suas condições de (sobre)vivência, assim como as de seus familiares/cuidadores<sup>2</sup>. O mesmo pode ser dito, em relação ao retorno ao domicílio, já que as sequelas motoras, sensoriais e/ou cognitivas decorrentes das LN<sup>3</sup>, associadas a sentimentos de angústia, dúvida, medo e fragilidade, colocam o sujeito e seus familiares em contato com um mundo até então desconhecido<sup>4</sup>.

A atenção fisioterapêutica, fonoaudiológica e em Terapia Ocupacional, historicamente, visam a potencialização e o reestabelecimento funcional, minimizando ou eliminando efeitos como as incapacidades e as desvantagens impostas pela LN<sup>2,5</sup>. Atualmente, tem-se os desafios de produzir atenção integral, acessível e equânime em saúde, prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, desde a sua criação, tem havido incentivo à formação e atuação profissional voltadas à integralidade da saúde. Esta, por sua vez, pode ser alcançada por meio de atitudes humanizadas, de uma visão ampliada dos usuários e da integração entre os profissionais da área da saúde<sup>6</sup>, ou seja, da atuação multiprofissional com caráter interdisciplinar ou transdisciplinar<sup>7</sup>.

Segundo a Constituição Federal Brasileira<sup>8</sup> e o SUS<sup>6</sup>, é dever dos poderes públicos criarem redes de atendimento adequadas à demanda de saúde das populações, articuladas com outros setores, que garantam acessibilidade aos serviços/estabelecimentos de saúde. Assim, as pessoas com algum tipo de dificuldade (física, psíquica, social) têm assegurado o direito de acessar saúde<sup>9</sup>. As ações de reabilitação (assim como as de prevenção) devem estar disponíveis e articuladas a uma rede de serviços que acompanhe a trajetória dos

sujeitos na busca de atenção em saúde - respondendo aos princípios da integralidade e universalidade, preconizados pelo SUS<sup>10</sup>.

A gestão da produção do cuidado, a partir da integralidade e das necessidades dos usuários, deve voltar-se para a construção de vínculos entre estes e os profissionais de saúde – valorizando a continuidade do cuidado e a autonomia dos sujeitos implicados<sup>11</sup>.

Note-se que, em todos os momentos do processo saúde-doença e oferta de cuidado de pessoas com LN, é de extrema importância a atuação de equipes multiprofissionais, interdisciplinares ou transdisciplinares, acompanhando-os e apoiando os seus familiares, de tal modo a garantir vida em sociedade, sobretudo, no mundo atual que entende a inclusão como condição de desenvolvimento da humanidade. A propósito, é disso que trata a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF – uma classificação em saúde que pode contribuir para a inclusão, o entendimento dos impactos de um acometimento de saúde (no caso, de uma LN) e, ainda, indicar o cuidado pertinente a cada sujeito.

A CIF configura-se como um instrumento de classificação, descrição e comparação dos estados de saúde de uma pessoa e de uma dada população<sup>12</sup>; integra os modelos conceituais - médico e social - para a compreensão e a explicação das deficiências, incapacidades e funcionalidades, pois abrange fatores físicos, sociais, culturais, englobando as percepções e as atitudes das pessoas frente à deficiência, aos serviços e às legislações, e ainda a complexa interação entre todos esses fatores<sup>13</sup>. Assim, sua utilização pode contribuir para o estabelecimento e a execução de políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências ou incapacidades<sup>14</sup>.

Na mesma perspectiva dos argumentos anteriores, o conceito e a avaliação da QV entram em cena. Ressalta-se que QV foi definida pelo *WHOQOL Group* como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>15</sup> (p. 28).

Assim, o reestabelecimento das funcionalidades, capacidades e participações, no cotidiano pode ser favorecido pelo acesso aos cuidados da Fisioterapia, Fonoaudiologia e

Terapia Ocupacional, os quais podem contribuir - minimizando agravos e potencializando saúde – para a QV dos sujeitos acometidos por LN. Ressalta-se que foi este o objetivo deste estudo – analisar o acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional após a alta hospitalar, bem como as condições de saúde e a percepção dos sujeitos com LN sobre sua QV.

#### **4.2.4 Métodos**

Esta pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior (IES), no interior do Rio Grande do Sul, sob o número 941.552, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo.

A amostra foi constituída a partir da busca ativa de sujeitos que estiveram internados, entre março e agosto de 2015, em um Hospital Público, vinculado à referida IES, sendo estes residentes no município de localização do Hospital, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico neurológico confirmado durante a internação hospitalar e que não evadiram do hospital.

Ressalta-se que os participantes deste estudo concordaram em participar (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE), ainda quando internados. Foram entrevistados, em seus domicílios, entre maio e outubro de 2015, 45 sujeitos (dos 63 acometidos por LN – que responderiam ao nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%). Esta amostra não foi alcançada, pois não se pode acessar 18 sujeitos devido a condições meteorológicas adversas (*la nina* – intensas chuvas com estragos, dificultando o acesso e/ou por avarias das moradias), locais de moradia inacessíveis (por relevo, situação de preservação viária e restrito transporte coletivo).

Os sujeitos com LN responderam a uma entrevista semiestruturada; caso o sujeito estivesse impossibilitado de dialogar, por extremo comprometimento linguístico-cognitivo, o seu cuidador/familiar era convidado a responder às questões da entrevista. Utilizou-se,

ainda, o *check list* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Bref)*.

Convém esclarecer que a CIF organiza as informações sobre as condições de saúde em duas partes: 1) Funcionalidade e Incapacidade - Funções do Corpo (representado pela letra b) e Atividade e Participação (representado pela letra d), e 2) Fatores Contextuais - Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (ambos representados pela letra e). A descrição da Funcionalidade e Incapacidade e os Fatores Contextuais envolve um qualificador atribuído por meio da presença ou não de deficiência ou dificuldade. Os Fatores Ambientais são indicados como barreiras ou facilitadores. Os Fatores Pessoais não são passíveis de classificação, mas sim de descrição de aspectos relevantes ditos e manifestados pelo sujeito avaliado. A CIF é baseada em uma abordagem biopsicossocial a qual ultrapassa o enfoque da doença para o sujeito e sua relação com o ambiente. Tal abordagem favorece a apreensão de variáveis da complexa interação sujeito-ambiente permitindo a compreensão do sujeito como um todo<sup>12</sup>.

O WHOQOL – *Bref* analisa a percepção da QV nas últimas duas semanas. É composto por 26 questões, sendo duas dessas questões gerais de QV e as outras 24 referentes ao domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Ressalta-se que pesquisas baseadas na percepção dos sujeitos sobre sua QV, são necessárias para o planejamento e implantação de políticas de saúde; o WHOQOL-*Bref* é um instrumento de aplicação simples que consegue aferir a multidimensionalidade da QV<sup>16</sup>.

Para o tratamento das informações coletadas, realizou-se análise descritiva, utilizando-se o *Software Statistica 9.1*. (frequência, moda, média e desvio padrão das variáveis).



#### 4.2.5 Resultados

Apresenta-se, no Quadro 1, a caracterização sociodemográfica dos sujeitos com LN. A média de idade foi de 53 anos (idade mínima 19 e máxima 97 anos). O desvio padrão foi de 20,4 anos.

A profissão de 13 (28,9%) sujeitos foi relacionada à construção civil (pedreiro e auxiliar de pedreiro), quatro (8,8%) à prestação de serviços domésticos (faxineira e diarista), quatro (8,8%) ao comércio, três (6,6%) ao transporte rodoviário; três (6,6%) eram secretárias, três (6,6%) realizavam serviços gerais, dois (4,4%) eram do lar, dois (4,4%) trabalhavam com o recolhimento de lixo, dois (4,4%) eram açougueiros, dois (4,4%) confeitários, dois (4,4%) eletricitas, um (2,2%) pastor, um (2,2%) agricultor, um (2,2%) técnico de enfermagem, um (2,2%) carpinteiro e um (2,2%) operador de retroescavadeira. Somente 13 (28,0%) retomaram às suas atividades laborais, 18 (42,0%) não retomaram e 14(3,0%) estavam aposentados.

Quando os sujeitos com LN foram questionados sobre a necessidade de cuidado especializado (Fisioterapia e/ou Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional), 34 (74%) disseram que o necessitavam (cabe indicar que antes deste questionamento, a pesquisadora precisou explicar o papel de cada profissão, já que 43 (95,5%) não sabiam o que era Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional).

Somente 10 (22,2%) sujeitos referiram que foram orientados sobre a importância de serem inseridos em um Programa de Reabilitação para melhorar/manter sua saúde no momento da alta hospitalar. Dos 23 (51,1%) sujeitos que foram encaminhados, a maioria 14 (60,9%) acessou o atendimento indicado; oito (34,8%) buscaram, mas não o conseguiram e um (4,3%) sujeito referiu não precisar de cuidado especializado (22 [48,8%] dos sujeitos relataram que não foram encaminhados aos cuidados especializados; assim, a maioria 30 [68,2%] não teve acesso ao cuidado especializado) – confira Tabela 1.

Dos 14 (31,1%) sujeitos em acompanhamento terapêutico, sete (50,0%) foram em nível de atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS), quatro (28,6%) em nível de

atenção terciária do SUS, dois (14,3%) em ambulatório particular e um (7,1%) sujeito estava recebendo cuidado no ambulatório da própria empresa que trabalhava anteriormente à LN.

Com relação ao modo como se deu o acesso à Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, a maioria relatou dificuldades, atribuindo-as a barreiras organizacionais dos serviços. Por outro lado, os sujeitos que referiram facilidades, atribuíram-nas majoritariamente à atitude das pessoas, conforme na Tabela 2.

A maior parte dos sujeitos 18 (39%) foi acometida por Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), 15 (32%) por Acidente Vascular Cerebral (AVC), oito (17%) por tumor em Sistema Nervoso Central (SNC), dois (4%) por Esclerose Múltipla (EM), um por neurotoxoplasmose e um por meningite. Na Tabela 3, encontram-se identificadas as LN que acometeram os sujeitos e suas respectivas faixas etárias. Note-se que o TCE prevaleceu em 11 sujeitos acometidos entre 19 e 59 anos.

A maioria, 41 (89,0%) dos sujeitos referiram perceber, após o acometimento neurológico, alterações no corpo: 32 (78%) disseram apresentar alteração motora, 32 (78%) cognitiva e 15 (36,6%) de linguagem. E ainda, 38 (83%) sujeitos relataram estar com dificuldades para realizar as atividades de forma autônoma - 24 (52%) deles tem cuidador para auxiliar nas atividades cotidianas. A propósito, o estado de saúde dos sujeitos deste estudo, também alcançado pela interpretação do *check list* da CIF, está apresentado na Tabela 4, onde foram descritos os dados de maior relevância no estudo, ou seja, foram apresentados os domínios afetados em percentual igual ou superior a 50% (em função da extensão dos dados obtidos e da restrição de escrita).

Nas funções do corpo, as deficiências prevaleceram nas funções mentais, emocionais, neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento e ao sistema cardiovascular. As estruturas do corpo com deficiências foram - o cérebro e a extremidade inferior (perna e pé) [tabela 4]. A natureza da alteração das estruturas do cérebro de 31 (67,4%) sujeitos foi na qualidade da estrutura; em 14 (30,4%) devido à ausência parcial e um (2,2%) devido a parte adicional. A alteração das estruturas da extremidade inferior

(perna, pé) de 23 (50%) sujeitos foi devido a mudanças nas qualidades da estrutura, em um (2,2%) devido à ausência parcial e outro (2,2%) devido a dimensões aberrantes.

Nas limitações das atividade e restrição à participação, a dificuldade prevaleceu na mobilidade, na vida doméstica e nas principais áreas da vida. No que se refere aos fatores ambientais, os produtos e tecnologias foram indicados pela maioria como facilitadores, bem como o relacionamento, apoio e atitudes das pessoas que compõe o ambiente. Os serviços, sistemas e políticas da comunicação, da previdência social e o suporte social geral foram indicados como facilitadores. Já os serviços, sistemas e políticas de habitação, de transporte e de saúde foram indicados como barreiras (Tabela 4).

Quanto à percepção da QV, dos 45 sujeitos com LN, constatou-se uma média geral de 64,1; sendo 63,2 a média do domínio físico, 66,9 a do psíquico, 68,1 a do social e 58 a do ambiental. Descreve-se, na Tabela 5, a média dos domínios da QV dos sujeitos que acessaram o cuidado especializado e a dos que não o acessaram.

#### **4.2.5 Discussões**

Este estudo revelou que maioria dos sujeitos acometidos por LN são adultos do sexo masculino (Quadro 1) corroborando com dados de outro estudo com 496 sujeitos acometidos por TCE realizado em Pelotas (RS)<sup>17</sup>. Em outro estudo, com 139 sujeitos acometidos por AVC, realizado em Maceió (AL) revelou média de idade próxima à dos sujeitos desta pesquisa, qual seja 59,4 anos<sup>18</sup>.

Quanto à cor, prevaleceram sujeitos da cor branca (Quadro 1), o que pode estar relacionada ao local onde foi realizada a pesquisa, pois, segundo o Censo Demográfico de 2010, no estado do RS, 83,2% da população é da cor branca<sup>19</sup>. Também predominou sujeitos casados neste estudo (Quadro 1), conforme outros dois estudos, realizados no Nordeste do Brasil<sup>18,20</sup>.

A baixa escolaridade dos sujeitos tem sido relacionada à elevada incidência de LN, pois combinada aos fatores socioeconômicos, culturais resultam em pouca conscientização

sobre os cuidados com a saúde (aderência ao tratamento e estilo de vida saudável), e maior instrução escolar confere autonomia aos sujeitos nos cuidados de saúde e conseqüentemente maiores possibilidades de retomar a vida<sup>18</sup>. Neste estudo a maioria não retomou a vida laboral devido à condição de saúde (quadro 1), dado encontrado em outro estudo com 289 sujeitos pós AVC<sup>20</sup>.

Pode-se constatar que a maioria dos sujeitos com LN tem como fator limitante ao acesso à Fonoaudiologia e à Terapia Ocupacional a desinformação sobre a terapêutica de cada área. Bazzo e Noronha<sup>21</sup> indicaram o mesmo fator limitante ao cuidado fonoaudiológico em Salvador (BA) e destacam que, até mesmo, os demais profissionais de saúde desconhecem a profissão. Nenhum estudo nacional da Terapia Ocupacional trouxe dado semelhante, porém Nunes e colaboradores<sup>22</sup> destacam a necessidade de divulgação das habilidades e competências da profissão, em um estudo que se refere à prática da Terapia Ocupacional junto a crianças que necessitam do mesmo.

Da Silva<sup>23</sup> destaca a importância da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional no acompanhamento do sujeito com LN após a alta hospitalar, já que possibilita analisar o impacto das barreiras/dificuldades provocadas pelo acometimento no cotidiano e favorece o processo de reinserção social. A mesma autora refere que a dificuldade de acesso implica a não continuidade de acompanhamento, de investigação, mudanças de hábitos e pode favorecer novos agravos em saúde.

Sabe-se que a reabilitação imediata e multidisciplinar é importante nas sequelas físicas e/ou mentais de Sujeitos com LN, pois a neuroplasticidade é potenciada à medida que se faz estimulação adequada<sup>24</sup>. O processo de reabilitação deve ser dinâmico, contínuo, progressivo e educativo para atingir a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da QV<sup>25,26</sup>.

Apesar dessas considerações, constatou-se, neste estudo, que foram restritos os encaminhamentos para um Programa de Reabilitação, incluindo as profissões da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional no momento da alta (Tabela 2). Estudo americano ressalta que o acesso à reabilitação em nível ambulatorial, após a alta hospitalar

de acometidos por LN, não é universalmente disponível – o que prejudica o processo de recuperação iniciado durante internação<sup>27</sup>.

Aqueles sujeitos que conseguiram cuidado especializado foi em nível de atenção secundária ou terciária do SUS. Outro estudo<sup>28</sup> que caracterizou o acesso à reabilitação à Fisioterapia por sujeitos acometidos por LN no município de João Pessoa (Paraíba) evidenciou que a maioria teve acesso e o fizeram por maior tempo no domicílio, centros de reabilitação e no hospital. O autor também ressalta que o atendimento domiciliar favorece a continuidade do cuidado e acessibilidade dos sujeitos conforme suas necessidades.

Em estudos<sup>21,29</sup>, a limitação do acesso ao atendimento fonoaudiológico e terapêutico ocupacional é em nível atenção primária, conforme dados deste estudo. E apontam para a necessidade de rever a acessibilidade e a oferta desses atendimentos nos três níveis de atenção/na rede do cuidado. Isso aproximaria a oferta destes serviços da demanda efetiva, redirecionaria a rede assistencial e contemplaria os princípios ético-doutrinários do SUS<sup>6,21,30</sup>.

Cabe ressaltar que o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional são profissionais de primeira abordagem, não sendo necessário encaminhamento de qualquer outro profissional, permitindo que qualquer cidadão tenha liberdade de buscar a melhor assistência que assim entender<sup>8</sup>. Isso reforça a importância da potencialização dos sujeitos como protagonistas nas buscas de cuidado para sua saúde nos três níveis de atenção em saúde. O que exige a atuação de equipe multiprofissional com estratégias e ações eficazes iniciando pelo nível primário, Gritti e colaboradores<sup>31</sup> conclui que é imprescindível a atuação de especialistas nessa equipe como o fisioterapeuta, fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional.

Neste estudo, a organização dos serviços de saúde do município e o ambiente foram indicados como barreira no acesso aos cuidados de saúde após a alta hospital (Tabela 2). Fato que pode ser associado à inexistência, no município, de centros especializados de referência na reabilitação, fragmentação da rede de reabilitação e até mesmo desconhecimento sobre o cuidado especializado da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia

Ocupacional pelos demais profissionais de saúde. Em contextos como esse, a atitude dos profissionais de saúde e das pessoas comuns que convivem com os sujeitos com LN podem favorecer o cuidado em saúde (tabela 2)<sup>21</sup>.

Estudo internacional<sup>32</sup> indica que o acesso ainda é limitado mas que já pode-se perceber uma revolução em curso no modo de fazer reabilitação neurológica através unidades especializadas interdisciplinares e principalmente envolvidas com o processo de cuidado (em todos momentos).

Constatou-se uma diversidade de acometimentos neurológicos, porém prevaleceram acometimentos por TCE e AVC como em estudo realizado no Hospital em Jequié (Bahia)<sup>33</sup>. Sendo o TCE mais frequente em idades jovens<sup>17</sup> e o AVC em meia idade<sup>34</sup>. Isso favoreceu que a média de idade do estudo fosse baixa (tabela 3). Os TCE podem advir de acidentes de trabalho; neste estudo houve um número significativo de profissionais relacionados a construção civil. Pois, o município de pesquisa apresenta larga expansão na construção civil<sup>35</sup>.

Quanto às sequelas das LN, grande parte dos sujeitos deste estudo referiu alterações motoras, cognitivas e de linguagem, o que interferiu na realização das atividades de forma autônoma, necessitando de auxílio de cuidador na vida diária<sup>17,18</sup>. Na interpretação do *check list* da CIF (Tabela 4), as funções do corpo que estiveram com deficiências foram as da memória, emoções, visão, vestibular (inclui funções de equilíbrio), dor, força e da pressão sanguínea. E, conseqüentemente, as estruturas responsáveis pelo funcionamento destas também foram indicadas com deficiência: o cérebro, extremidade inferior (perna e pé). Tais deficiências refletiram em restrições na mobilidade, nas tarefas doméstica, no trabalho remunerado e conseqüentemente na autossuficiência econômica, conforme outros estudos<sup>20,36</sup>. Porém, os produtos e tecnologias para consumo pessoal, vida diária, comunicação, mobilidade (tabela 4) favorecem a diminuição das restrições e participação em algumas atividades.

Devido aos comprometimentos motores, sensoriais, cognitivos, emocionais e sociais resultantes do acometimento neurológico, a interação desses componentes com o ambiente

e suas demandas pode resultar em dificuldades para que esses sujeitos desempenhem suas atividades diárias e seus papéis ocupacionais<sup>1,37</sup>.

As relações, o apoio e as atitudes da família e das pessoas que convivem com os sujeitos com LN também foram indicadas como facilitadores (Tabela 4), fato constatado em estudo<sup>1</sup> com 12 sujeitos acometidos por AVC, as autoras ressaltam a importância da rede de apoio (constituída da família, amigos e pessoas próximas) nas dificuldades e restrições dos sujeitos acometidos, como promotoras na estimulação da participação e do desempenho em suas atividades. Em outro estudo<sup>38</sup>, também se constatou que as relações familiares podem apresentar-se como positivas em novas situações de vida por meio do fortalecimento da capacidade pessoal frente às adversidades.

Os serviços, sistemas e políticas de comunicação, da previdência social e o suporte social geral foram indicados como facilitadores. Já os serviços, sistemas e políticas de habitação, de transporte e de saúde foram indicados como barreiras (tabela 4). Dados de extrema importância, já que em outro estudo o autor refere que a garantia do acesso aos serviços de reabilitação, não é assegurado somente com a disposição do serviço na rede, porque deve-se pensar no transporte e nas condições física e sócio- econômica dos sujeitos para chegarem até o serviço<sup>23</sup>.

A restrição nas atividades e participação foram decorrentes mais das sequelas advindas das lesões neurológicas do que dos fatores ambientais. Em estudo<sup>1</sup> com sujeitos acometidos por AVC, as restrições na participação foram mais evidentes devido aos fatores ambientais, do que das sequelas, o que pode estar relacionado aos atendimentos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional prestados aos sujeitos no referido estudo. Já que, neste estudo, os sujeitos que não tiveram acesso a reabilitação indicaram uma percepção baixa da QV (Quadro 5). Prevaleceu a diferença maior entre os domínios psíquicos e físicos entre os que acessaram e os que não acessaram serviços de reabilitação.

O estado funcional é apontado como um dos domínios determinantes da QV de sujeitos acometidos por LN, pois compromete de forma substancial a vida das pessoas e a satisfação de viver<sup>18, 26, 39</sup>. Por isso, o acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e

Terapia Ocupacional para melhorar as funções físicas e, conseqüentemente, a psíquica e a social. Entretanto, as estratégias mencionadas dependem diretamente dos fatores ambientais - o acesso aos serviços - que depende de intervenções dos órgãos governamentais e não podem ser controlados direta e exclusivamente pelos indivíduos<sup>40</sup>; a sua falta pode explicar, em parte, a baixa QV dos sujeitos deste estudo.

Assim, pode-se dizer que o acesso ao cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional após a alta hospitalar de sujeitos acometidos por LN é fundamental já que favorece os sujeitos, nos diferentes aspectos acima listados. Conforme indicado na introdução deste artigo, a atenção integral somente será alcançada por meio da gestão e da produção do cuidado, a partir das necessidades, construindo-se vínculos entre os profissionais e sujeitos, valorizando-se a continuidade do cuidado e a autonomia dos sujeitos. E, por sua vez, isso somente será alcançado por meio da atuação de equipes multiprofissionais com atuação inter e/ou transdisciplinares, atuantes, porque não, nos três níveis de atenção à saúde.

#### **4.2.7 Conclusão**

A maioria dos sujeitos estão em idade produtiva, são do sexo masculino, da cor branca, casados e tem ensino fundamental incompleto. Bem como, poucos retornaram à atividade laboral.

O estudo permitiu compreender que profissões como Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional ainda são pouco acessadas por sujeitos acometidos por LN após alta hospitalar. O acesso restrito a tais cuidados foi associado a desorganização dos serviços e desconhecimento dos próprios sujeitos sobre os possíveis cuidado em saúdes para suas necessidades.

Prevaleceram lesões por TCE e AVC que geraram deficiências (físicas e mentais) que refletem em restrições na mobilidade, nas tarefas doméstica, no trabalho remunerado e conseqüentemente na autossuficiência econômica. Porém, os produtos e tecnologias para



consumo pessoal, vida diária, comunicação, mobilidade favorecem a diminuição das restrições e favorecem a participação em algumas atividades.

As relações, o apoio e as atitudes da família e das pessoas que convivem com os sujeitos com LN e os serviços, sistemas e políticas de comunicação, da previdência social e o suporte social geral também foram indicadas como facilitadores. Já os serviços, sistemas e políticas de habitação, de transporte e de saúde foram indicados como barreiras.

A restrição nas atividades e participação foram decorrentes mais das sequelas advindas das lesões neurológicas do que dos fatores ambientais. E os sujeitos que não tiveram acesso a reabilitação indicaram uma percepção baixa da QV. Prevaleceu a diferença maior entre os domínios psíquicos e físicos entre os que acessaram e os que não acessaram, favorecidos pelo cuidado especializado. De modo geral, os sujeitos do estudo tiveram além do domínio físico, o ambiental afetado.

Para que os sujeitos acometidos por LN tenham seu cotidiano e saúde reestabelecidos, é fundamental ter acesso aos cuidados da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que utilizam procedimentos específicos e adequados para acompanhar, promover e favorecer um cotidiano com QV.

#### 4.2.8 Referências

1. POMMEREHN, J.; DELBONI, M. C. C.; FEDOSSE, E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. *CoDAS*, V. 28, n. 2, p. 132-140, 2016.
2. DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. *A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática*. In: Org. DE CARLO, M. M.R. P; LUZO, M. C. M. São Paulo: Roca, 2004, p.3-28.
3. 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 Sci*. V. 25, n.9, p. 1119–22, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259927>. DOI: 10.1589/jpts.25.1119.
4. ANGELI, A. A. C.; LUZIVARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. *Interface* (Botucatu). V. 16, n 40, p. 261-72, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci_abstract&tlng=es). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000016>.
5. REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole,1999.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, Lei Federal nº 8142 de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1, 1990a.
7. CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. O Planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 37-43, 2010.
8. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out. 1988. Seção 1.
9. SENNA, M. C. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. V.18. n. Supl, p. 203-11, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13806> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>

10. 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.

11. CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 23, p. 605-18, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000300014&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000300014&script=sci_abstract&lng=es) es DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300014>.

12. DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. Epidemiol.*, v.11, n.2, p. 324-35, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=pt) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>

13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.

14. FARIA, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.*, v.8, n.2,p. 187-193, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>

15. World Health Organization (WHO). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva; 1993.

16. BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Saúde auto percebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico-USF*. V. 19, n. 3, p.421-31, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n3/06.pdf> DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003005>.

17. SANTOS, F.; et al. Traumatismo Cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. *REME*, v.17, n.4, p. 882-93, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/893> DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130064>
18. 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. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200016) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
19. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Características da População e dos Domicílios*. 2011. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf). Acesso em: 01 de abr. 2016.
20. FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicação para o adulto em idade produtiva atendidos no sistema Único de Saúde. *Rev Bras Matern Infantil*. V. 4, n.1, p. 95-102, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292004000100009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292004000100009&script=sci_abstract&lng=pt). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100009>.
21. BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. Acesso aos Serviços Fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (BA): uma batalha a ser vencida no cotidiano. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 628, 2009.
22. NUNES, C. J. R. R.; REBELO, H. D.; FALCÃO, D. P.; PICANÇO, M. R. A. A importância da brinquedoteca hospitalar e da Terapia Ocupacional sob a óptica da equipe de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 21, n. 3, 2013.
23. DA SILVA, M. V. *Aspectos clínicos e epidemiológicos dos casos de acidente vascular encefálico hemorrágico intraparenquimatoso*: Perfil epidemiológico em uma série monocêntrica no Distrito Federal. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2013.

24. LANGHORNE, P.; BERNHARDT, J.; KWAKKEL, G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. V.377, n.9778, p.1693-702, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21571152>  
DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5
25. SCALZO, P. L.; DE SOUZA, E. S.; MOREIRA, A. G. O.; VIEIRA, D. A. F. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neuroci.*, v.18, n.2, p. 139-44, 2010. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf>
26. FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; TRINDADE FILHO, E. M. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v.21, n.3, p.521-27, 2013. Disponível em:<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/912/464> DOI: <http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2013.054>
27. OSTWALD, S. K.; GODWIN, K. M.; CHEONG, H.; CRON, S. G. Predictors of resuming therapy within four weeks after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in stroke rehabilitation*, v.16, n.1, p. 80-91, 2015.
28. RIBEIROA, K. S. Q. S.; NEVES, R. F.; SOUSA, R. M.; LUCENA, E. M. F.; BATISTA, H. R. L. Acesso à reabilitação no pós-avc na cidade de João Pessoa, Paraíba. *RBSP*, v.36, n.3, p. 699-712, 2012. Disponível em: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/548/pdf\\_167](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/548/pdf_167)
29. BEIRÃO, R. O. S.; ALVES, C. K. A. Terapia Ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 18, n. 3, 2010.
30. MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D.; RODRIGUES, M. Assistência fonoaudiológica no sus: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 71-79, 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000100071&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100071&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201515213>.

31. GRITTI, C. C.; BENE, A. Z.; PINHEIRO, D. M.; BIANCHIN, M. A.; LAMARI, N. M. Chronic non-communicable diseases and personal history in readmitted patients and occupational therapy contribution. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 214-219, 2015.
32. TEASELL, R.; MEYER, M. J.; MCCLURE, A.; PAN, C.; MURIE-FERNANDEZ, M.; FOLEY, N.; SALTER, K.. Stroke rehabilitation: an international perspective. *Topics in stroke rehabilitation*. v. 16, n. 1, 2015.
33. MASCARENHAS, C. H. M.; SILVA, N. D. G.; SAMPAIO, L. S.; REIS, L. A.; OLIVEIRA, T. S. O.; TORRES, G. V. Prevalência e Padrão de Distribuição de Patologias Ortopédicas e Neurológicas em Idosos no Hospital Geral Prado Valadares. *RBSP*, v. 32, n.1, p. 43-50, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=506871&indexSearch=ID>
34. MOUTINHO, M.; MAGALHÃES, R.; CORREIA, M.; SILVA, M. C. Avaliação da via verde do acidente vascular cerebral no norte de Portugal. *Acta Med Port*, v.26, n.2, p. 113-122, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.16/1637>
35. FOCHEZATTO, A.; GHINIS, C. P. *Determinantes do crescimento da construção civil no Brasil e no Rio Grande do Sul: evidências da análise de dados em painel. Ensaios FEE*. V. 31, p. 648-78, 2011.
36. OLIVEIRA, W. T.; ANTUNES, F.; INOUE, L.; REIS, L. M.; ARAÚJO, C. R. M. A.; MARCON, S. S. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. *Cienc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 11, n. 1 p. 129-137, 2012.
37. DA CRUZ, D. M. C.; VASCONCELOS, F. E. O.; CARO, C. C.; SILVA, N. S.; LYMPIUS, J. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico. *Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)*, v. 11, n. 2, p. 329-349, 2014.
38. CRUZ, D. C. M.; LOUREIRO, H. A. M.; FERNANDES, M. M.; SILVA, M. A. N. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 3, n. 2, p.127-136, 2010.

39. GUNAYDIN, R.; KARATEPE, A. G.; KAYA, T.; ULUTAS, O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*, v.53, n.1, p.19-23, 2011.
40. ESTEVES, A. M.; SILVA, A.; BARRETO, A.; CAVAGNOLLI, D. A.; ORTEGA, L. S. A.; PARSONS, A.; TUBIBA, E. R.; BARRETO, M.; OLIVEIRA FILHO, C. W.; TUFIK, S.; MELLO, M. T. Avaliação da qualidade de vida e do sono de atletas paralímpicos brasileiros. *Rev Bras Med Esporte*, v.21, n.1, p. 53-6, 2015. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v21n1/1517-8692-rbme-21-01-00053.pdf>. DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922015210101980>

**Quadro 1.** Caracterização sociodemográfica dos sujeitos acometidos neurologicamente (n=45)

Sexo		Cor			Estado civil				
Feminino	Masculino	Branca	Negra	Parda	Casado	Divorciado	Solteiro	Viúvo	
20(46%)	25(54%)	39(85%)	2(4,3%)	4(8,7%)	19(41%)	6(13%)	9(19%)	11(24%)	
Situação empregatícia				Escolaridade					
Aposentado	Afastado	Assalariado	Desempregado	A	EFI	EFC	EMI	EMC	ESI
14(30%)	8(17%)	13(28%)	10(25%)	2(4,3%)	19(41%)	9(19%)	4 (8,7%)	9(19,6%)	2 (4,3%)

**Legenda:** Analfabeto (A); Ensino Fundamental Incompleto (EFI); Ensino Fundamental Completo (EFC); Ensino Médio Incompleto (EMI); Ensino Médio Completo (EMC); Ensino Superior Incompleto (ESI).

**Tabela 1.** Encaminhamento e acesso ao cuidado especializado (n=45)

Variável	Fisioterapia n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Terapia Ocupacional n (%)	
<b>Encaminhamento médico</b>	Recebido	15 (33,0)	6 (13,0)	1 (2,0)
	Não recebido	30 (77,0)	45 (87,0)	44 (98,0)
<b>Cuidado especializado</b>	Acessado	10 (22,2)	4 (8,9)	-
	Não acessado	35 (77,8)	41 (91,1)	45 (100,0)

**Tabela 2.** Acesso ao cuidado especializado após alta hospitalar suas barreiras e facilitadores (n=45)

Acesso após a alta hospitalar ao cuidado especializado				
Variável	Dificuldade n (%)		Facilidade n (%)	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
<b>Fisioterapia</b>	11(24,0)	34 (76,0)	9 (19,6)	36 (80,4)
<b>Fonoaudiologia</b>	5(11,0)	40 (88,0)	2 (4,3)	43 (95,7)
<b>Terapia Ocupacional</b>	2(4,0)	43 (96,0)	-	45 (100,0)
	Barreira n (%)		Facilitador n (%)	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
<b>Ambiental</b>	10 (22,2)	35 (77,8)	3 (6,7)	42 (93,3)
<b>Atitudinal</b>	8 (17,8)	37 (82,2)	12 (26,6)	33 (73,4)
<b>Organizacional</b>	21 (46,7)	24 (53,3)	8 (17,8)	37 (82,2)
<b>Pessoal</b>	4 (8,8)	41 (91,2)	7 (15,5)	38 (84,5)

**Tabela 3.** Distribuição dos tipos de lesão neurológica por faixa etária (n=45)

Faixa Etária	Lesão neurológica n (%)							Total
	Toxoplasmose	Tumor	TCE	AVCi	AVCh	Meningite	EM	
<b>19 a 29</b>	-	-	4(80,0)	-	1(20)	-	-	5(11,1)
<b>30 a 39</b>	1(11,1)	1(11,1)	5(55,6)	-	1(11,1)	-	1(11,1)	9(20,0)
<b>40 a 49</b>	-	2(28,6)	1(14,3)	2(28,6)	2(28,6)	-	-	7(15,6)
<b>50 a 59</b>	-	2(28,6)	1(14,3)	1(14,3)	2(28,6)	1 (14,3)	-	7(15,6)
<b>60 a 69</b>	-	1(16,7)	1(16,7)	3(50,0)	1(16,7)	-	-	6(13,3)
<b>70 a 79</b>	-	2 (33,3)	4 (66,7)	-	-	-	-	6(13,3)



<b>80 a 89</b>			1(33,3)	1(33,3)	1 (33,3)			3(6,7)
<b>90 a 98</b>			1(50,0)	-	-	-	1(50,0)	2 (4,4)
<b>Total n (%)</b>	1 (2,2)	8 (17,8)	18(40,0)	7 (15,6)	8 (17,8)	1 (2,2)	2(4,4)	45(100,0)

**Legenda:** AVCh (Acidente Vascular Cerebral hemorrágico); AVCi (Acidente Vascular isquêmico); SNC (Sistema Nervoso Central); EM (Esclerose Múltipla).

**Tabela 4.** Check list da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (n=45)

Funções do Corpo	Deficiência		
	Presente	Ausente	
Funções mentais (b1)			
Memória (b144)	28 (61%)	17 (39,0%)	
Funções emocionais (b152)	32(69,6%)	13 (30,4%)	
Funções Sensórias e Dor (b2)			
Visão (b210)	27 (58,7%)	18 (41,3%)	
Vestibular (b235)	25 (56,5%)	20 (43,5%)	
Dor (b280)	31 (67,4%)	14 (32,6%)	
Funções Neuromusculoesquelética/ movimento (b7)			
Força muscular (b730)	28 (60,9%)	17 (39,1%)	
Funções do Sistema Cardiovascular (b4)			
Pressão sanguínea (b420)	24 (52,2%)	21 ( 47,8%)	
Estruturas do Corpo	Deficiência		
	Presente	Ausente	
Estrutura do Sistema Nervoso (s1)			
Cérebro (s110)	45 (100%)	-	
Estruturas Relacionadas ao Movimento (s7)			
Extremidade inferior (perna, pé) [s750]	25 (54,3%)	20 (45,7%)	
Limitações de Atividade e Restrição à Participação	Dificuldade		
	Presente	Ausente	
Mobilidade (d4)			
Levantar e carregar objetos (d430)	25 (54,3%)	20 (45,7%)	
Andar (d450)	27 (58,7%)	18 ( 41,3%)	
Vida doméstica (d6)			
Tarefas domésticas (d640)	25 (54,3%)	20 (45,7%)	
Áreas Principais da Vida (d8)			
Trabalho remunerado (d850)	25 (54,34%)	20 (45,7%)	
Autossuficiência econômica (d870)	24 (53,3%)	21 ( 46,7%)	
Fatores Ambientais	Barreira	Facilitador	Nenhuma barreira ou facilitador
Produtos e Tecnologias (e1)			
Produtos ou substâncias para consumo pessoal (e110)	14 (31,1%)	25 (51,1%)	6 (17,8%)
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e115)	4 (8,9% )	41 (91,1%)	-
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoas em ambientes internos e externos (e120)	5 (10,0%)	32 (71,1%)	37 (18,9%)
Produtos e tecnologia para comunicação (e125)	10 (22,2%)	30 (66,6%)	5 (11,2%)
Apoio e Relacionamentos (e3)			
Família Imediata (e310)	5 (11,1%)	39 (86,7%)	-
Amigos (e320)	6 (13,3%)	32 (71,1%)	7 (15,0%)
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	6(13,3%)	29 (64,4%)	10 (22,3%)

(e325)			
Pessoas em posição de autoridade (e330)	10 (22,2%)	28 (62,2%)	7 (15,6%)
Cuidadores e assistentes pessoais (e340)	2 (4,4%)	35 (77,8%)	8 (17,8%)
Profissionais da Saúde (e355)	5 (11,1%)	40 (88,9%)	-
Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde (e360)	10 (22,2%)	34 (75,5%)	1 (2,3%)
Atitudes individuais (e4)			
De membros da família imediata (e410)	5 (11,1%)	33 (73,3%)	7 (15,6%)
De amigos (e420)	7 (15,5%)	25 (55,5%)	13 (29,3%)
Dos profissionais de saúde (e450)	4 (8,9%)	25 (55,5%)	16 (35,6%)
Serviços, sistemas e políticas (e5)			
De habitação (e525)	26 (57,8%)	11 (24,4%)	8 (17,8%)
De comunicação (e535)	14 (31,1%)	27 (60,0%)	4 (8,9%)
De transporte (e540)	24 (53,3%)	15 (33,3%)	6 (13,4%)
Da previdência social (e570)	18 (40,0%)	25 (55,5%)	2 (4,5%)
De suporte social geral (e575)	15(33,3%)	25 (55,5%)	5 (11,2%)
De saúde (e580)	32 (71,1%)	11 (24,4%)	2 (4,5%)

**Legenda:** Estrutura corporal (s), Funções do Corpo (b), Atividade e Participação (d), Fatores Ambientais (e).

Tabela 5. Acesso aos cuidados especializados e a média da Qualidade de Vida (n=45)

Domínio	Físico	Psíquico	Social	Ambiental	Qualidade de Vida
<b>Acessaram</b>	69,6	78,8	72,5	60,6	70,4
<b>Não acessaram</b>	63,9	64,9	67,6	58,3	63,4

## 5 DISCUSSÃO GERAL

Constatou-se, nesta pesquisa, que durante a internação hospitalar de sujeitos com LN, o acesso foi maior ao cuidado em Fisioterapia e Fonoaudiologia. Ressalta-se que o número de profissionais atuante no hospital foi de 35 fisioterapeutas, 11 fonoaudiólogos e três terapeutas ocupacionais.

Os fisioterapeutas, quando comparados aos fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, estiveram distribuídos de forma uniforme em todos os setores pesquisados do hospital, bem como receberam o maior número de encaminhamentos médicos. O cuidado da Fisioterapia no hospital prevaleceu, conforme o encontrado em outro estudo (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). A propósito, o referido estudo indicou, ainda, maior acesso de sujeitos com LN à Fisioterapia, no ambiente domiciliar (fato também constatado neste estudo).

O acesso à Fonoaudiologia, ainda restrito, assim como em outro estudo nacional (GUIMARÃES; BARBOSA; PORTO, 2009), apesar de já estar ocorrendo em diversas áreas hospitalares, ainda precisa ser ampliado, considerando a potencialidade de atuação do profissional.

A Terapia Ocupacional teve o menor número de profissionais atuando. Sua inserção no hospital é recente, desde 2014, e, conforme indicam Borges, Leoni, Cotinho (2012) e Galheigo (2007), o cuidado em Terapia Ocupacional à população adulta com lesão neurológica, nesse ambiente, ainda está em processo de expansão.

Neste estudo, pode-se constatar como fatores limitantes ao acesso à Fonoaudiologia e à Terapia Ocupacional o pequeno número de profissionais atuando no hospital (o que impede o reconhecimento do potencial de atuação desses profissionais) e a desinformação dos sujeitos com LN sobre a terapêutica de cada área. Bazzo e Noronha (2009), Riberio e Soares (2015) indicaram o fator – desinformação – como prejudicial ao acesso à área, destacando que até mesmo os demais profissionais de saúde desconhecem a profissão de fonoaudiólogo. O mesmo ocorre em estudo sobre a Terapia Ocupacional (NUNES et al., 2013). Os autores de ambas as áreas (BAZZO; NORONHA, 2009; NUNES et al., 2013; RIBERIO; SOARES, 2015) reforçam a necessidade de divulgação das habilidades e competências profissionais.

Ressalta-se a importância do cuidado especializado dentro do hospital e, conseqüentemente, da atuação multiprofissional (SAAR; TREVIZAN, 2007), visto que melhora a qualidade no atendimento e reduz custos financeiros da unidade, favorecendo, sobretudo, os sujeitos acometidos por LN e seus familiares (MIRANDA; STANCATO, 2008; TONETTO; GOMES, 2007). Considerando a extrema necessidade de reabilitação imediata e

multiprofissional, com abordagem interdisciplinar ou transdisciplinar (CHUN; NAKAMURA, 2014; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004; RODRIGUES, 2008), nas sequelas físicas e/ou mentais que podem decorrer de uma LN, convém a inserção de sujeitos acometidos em um programa de reabilitação, garantindo-se, assim, acesso e encaminhamentos à Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, durante a internação hospitalar e no momento da alta. Isso favorecerá a busca pelo necessário cuidado, o que por sua vez, possibilitará ao sujeito traçar o seu IT, no interior de uma Rede de Atenção à Saúde (devida ou indevidamente organizada). A propósito, o município onde este estudo foi realizado, conta com escassos serviços de reabilitação neurológica, os quais, exceto um, prestam cuidados de modo fragmentado, conforme quadro 1, a seguir:

**Quadro 1.** Serviços de Reabilitação Neurológica e Abordagem Terapêutica.

<b>Serviços de Reabilitação Neurológica</b>	<b>Profissionais envolvidos</b>	<b>Abordagem Terapêutica</b>
Clínica particular prestadora de serviço a SMS.	Fisioterapia	individualizada
Clínica particular prestadora de serviço a SMS.	Fisioterapia	Individualizada
Clínica particular prestadora de serviço a SMS.	Fisioterapia	Individualizada
Serviço Municipal de Fisioterapia.	Fisioterapia	Individualizada
Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que atende pessoas com deficiência intelectual e deficiências associadas.	Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional	Multiprofissional
Serviço Filantrópico.	Fonoaudiologia	Individulizada
Extensão Universitária – Estágio.	Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional	Transdisciplinar
Serviço Filantrópico.	Terapia Ocupacional	Individulizada
Extensão Universitária – Estágio.	Terapia Ocupacional	Individulizada

Fonte: Dados coletados por meio de busca ativa nos serviços.

Legenda: Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Este estudo revelou condições restritas de acesso à reabilitação, indicando que o acesso em nível ambulatorial, após a alta hospitalar de acometidos por LN, não é universalmente disponível para todos – o que prejudica o processo de recuperação iniciado durante internação, conforme estudo (OSTWALD et al., 2015). Além disso, este estudo possibilitou analisar o impacto das barreiras/dificuldades provocadas pelo acometimento no cotidiano. Se houvesse acesso à reabilitação, haveria favorecimento do processo de reinserção social. Autores como Da Silva (2013), Ferro, Lins e Trindade Filho (2013), Langhorne,

Bernhardt e Kwakkel (2011), Scalzo et al. (2010) indicam que o processo de reabilitação deve ser dinâmico, contínuo, progressivo e educativo para atingir a restauração funcional – dado pela plasticidade neural, e reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da QV.

Dos sujeitos que conseguiram cuidado especializado, nenhum foi em nível de atenção primária, somente em secundária ou terciária do SUS. Outros estudos nacionais (BAZZO; NORONHA, 2009; BEIRÃO; ALVES, 2010; COSTA et al, 2012; RIBEIRO et al., 2012; RIBEIRO; SOARES 2015), também indicaram que a limitação do acesso ao atendimento fisioterapêutico, fonoaudiológico e terapêutico ocupacional – de modo geral - foi em nível da atenção primária, prevalecendo o acesso ao ambulatorial.

Ribeiro e Soares (2015) atribuem a escassez do fisioterapeuta (podemos indicar também do fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional) na Atenção Primária ao desconhecimento e compreensão restrita por parte dos gestores em saúde sobre a atuação de tais profissionais, a falta de priorização de verbas orçamentárias para inclusão destes e ainda, a falha na legislação (não exigência desses profissionais na composição da equipe mínima).

Destaca-se a importância e necessidade de rever a acessibilidade e a oferta do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional na Atenção Primária e na Rede de Saúde como um todo pois, aproximaria a oferta destes serviços da demanda efetiva, redirecionaria a rede assistencial e contemplaria os princípios ético-doutrinários do SUS (BAZZO; NORONHA, 2009; BRASIL, 1990; COSTA et al, 2012; MIRANDA, et al., 2015; RIBEIRO et al., 2012; RIBEIRO; SOARES 2015).

Neste estudo pode-se constatar que inexistem serviços de reabilitação organizados e integrados (Quadro 1); assim como há desinformação dos sujeitos sobre as possibilidades de cuidado, comprometendo, assim, o Itinerário Terapêutico (IT) dos sujeitos com LN que implica - a procura do sujeito por formas e espaços de cuidado e, com desinformação, a procura não ocorre, o sofrimento e a aflição (gerados por sua condição de saúde) permanecem na vida das pessoas, conforme indicaram os autores (ALVES; SOUZA, 1999).

Nesse sentido, o acesso ao cuidado especializado em saúde depende do funcionamento integrado dos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) de um determinado município e da informação. É da integração dos níveis de assistência que as necessidades de sujeitos com LN serão contempladas e, conseqüentemente, se alcançará a inclusão social (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008). A formatação da Rede de Atenção à Saúde visa essa integração dos serviços de saúde e a interdependência dos atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe de todos recursos necessários para atender com a

devida qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade os problemas de saúde das pessoas nos diversos ciclos de vida (MEDES, 2010; SILVA, 2011).

A inexistência de uma rede de serviços não é a única dificuldade encontrada neste estudo e por seus participantes. A precariedade de informações subjetivas também foi constatada nos prontuários dos sujeitos internados por LN. Não se encontrou dados sobre as características das pessoas - determinantes no processo de cuidado da saúde (aderência ao tratamento, estilo de vida saudável), pois, por meio delas pode-se conhecer os sujeitos e favorecer sua autonomia quanto a sua saúde e, conseqüentemente, ao retorno ao cotidiano (FALCÃO et al., 2004; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013) e, também encontrou-se falhas a respeito das informações sociodemográficas. Este estudo permitiu compreender o quanto o prontuário eletrônico é importante no cuidado hospitalar (PATRÍCIO et al., 2011), visto que agiliza a inclusão de dados subjetivos e sociodemográficos.

Conseguiu-se, com os dados disponíveis nos prontuários dos sujeitos internados, identificar que a maioria era adultos, do sexo masculino acometidos por AVC, TCE e tumor em Sistema Nervoso Central, corroborando com outros realizado em hospitais das regiões Sudeste (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011), Sul (SANTOS et al., 2013) e Nordeste (RIBEIRO, 2010) do Brasil, bem como com estudos internacionais (LOFMARK; HAMMARSTROM, 2007; PERSKY; TURTZO, 2010) que revelaram prevalência de homens acometidos por LN.

O AVC do tipo hemorrágico (AVCh) predominou nos sujeitos, e a hemorragia está estreitamente relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) [SULLIVAN; SCHMITZ, 2004] fato constatado neste estudo (73 sujeitos dos 93 acometidos por AVCh sofriam de HAS). Além disso, o grande número de AVCh pode estar relacionado aos cuidados de alta complexidade da instituição que é referência em comprometimentos graves aos municípios da região. Já que, não houve predominância quanto ao tipo de AVC (isquêmico ou hemorrágico) nos sujeitos com residência no município de localização do hospital.

Além da HAS houve relevante número de sujeitos tabagistas e com Diabetes *Mellitus* (DM), principais fatores de risco nas doenças cerebrovasculares sendo que, a maioria destes é passível de prevenção (FERREIRA, 2009; MOUTINHO, 2013). Dados em consonância com os altos índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população gaúcha (50% dos adultos possui pelo menos uma DCNT - Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia as mais comuns) e acompanhados de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (IBGE, 2014).

Quanto aos dados do âmbito domiciliar, pode-se realizar a caracterização sociodemográfica e subjetiva; prevaleceram sujeitos da cor branca, o que pode estar relacionada ao local onde a pesquisa foi realizada, pois, segundo o Censo Demográfico de 2010, no estado do RS, 83,2% da população é da cor branca (IBGE, 2011). Também predominou sujeitos casados, conforme estudos realizados no Nordeste do Brasil (FALCÃO et al., 2004; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

A baixa escolaridade também foi constatada neste estudo; ela tem sido relacionada à elevada incidência de LN, pois combinada aos fatores socioeconômicos, culturais e dificuldade de acesso à informação, resultam em pouca conscientização sobre os cuidados com a saúde (aderência ao tratamento e estilo de vida saudável), e maior instrução escolar confere autonomia aos sujeitos nos cuidados de saúde e conseqüentemente maiores possibilidades de retomar a vida (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Neste estudo, a maioria dos sujeitos com LN não retomou a vida laboral devido à condição de saúde, dado encontrado em outro estudo (FALCÃO et al., 2004), sendo o TCE e o AVC os mais prevalentes. Sabe-se que são responsáveis por acometimentos físico e mentais, tendo impactos econômicos, sociais e na qualidade de vida da pessoa acometida (BARROS; PASSOS; NUNES, 2012; SANTOS et al., 2013).

Supõe-se que o TCE entre os sujeitos residentes no município de pesquisa teve relação com acidentes de trabalho (profissionais da construção civil pela expansão do setor) [FOCHEZATTO, GHINIS 2011], dado semelhante a um estudo realizado em Hospital do Nordeste (MASCARENHAS et al., 2008). Neste estudo, O TCE foi mais frequente em jovens, assim como no estudo de SANTOS et al. (2013); e o AVC em meia idade, assim como o estudo de (MOUTINHO, 2013).

Neste estudo, a organização dos serviços de saúde do município e o ambiente foram indicados como barreira no acesso aos cuidados de saúde após a alta hospital. Fato que pode estar associado a inexistência de centros especializados em reabilitação, pela fragmentação da Rede e, até mesmo, pelo desconhecimento sobre o cuidado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional pelos demais profissionais de saúde. Em contextos como esse, é a atitude dos profissionais de saúde e das pessoas que compõe o ambiente que podem favorecer o cuidado em saúde (BAZZO; NORONHA, 2009).

Conforme interpretação do *check list* da CIF, os sujeitos apresentaram deficiências, prevalentemente, nas funções da memória, das emoções, da visão, vestibular (inclui funções de equilíbrio) e da dor, da força e da pressão sanguínea.

As deficiências se refletiram em restrições na mobilidade, nas tarefas doméstica, no trabalho remunerado e conseqüentemente na autossuficiência econômica, conforme outros estudos (FALCÃO et al., 2004; LIMA, 2010; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Porém, os produtos e tecnologias para consumo pessoal, vida diária, comunicação, mobilidade e transporte facilitaram a vida diária e favoreceram a diminuição das restrições de participação em algumas atividades - participação social e realização de atividades diárias (relacionamento, apoio e atitudes da família e das pessoas do seu entorno social).

Estudos (DA CRUZ et al., 2010; POMMEREHN, DELBONI, FEDOSSE 2016) constataram que as relações familiares podem apresentar-se como positivas por causa da necessidade de fortalecimento da capacidade pessoal frente às adversidades, o que acaba favorecendo os sujeitos acometidos por LN no retorno ao cotidiano.

Os serviços, os sistemas e as políticas de comunicação, de previdência social e o suporte social geral foram facilitados; já os de transporte e de saúde ofereceram barreiras para os sujeitos deste estudo. Da Silva (2013) ressalta que somente será garantido o acesso aos serviços de saúde quando forem consideradas questões externas a estes como: deslocamento, condições físicas e socioeconômicas dos sujeitos. Ainda, as restrições no acesso aos cuidados de saúde implicam negativamente na saúde dos sujeitos, pois além das condições de saúde que determinaram a internação, os sujeitos, agora, apresentam dificuldades no cotidiano. É o suporte (após a alta hospitalar) que possibilitará minimizar tais dificuldades/restrições.

A restrição nas atividades e participação foram decorrentes mais das sequelas advindas das lesões neurológicas do que dos fatores ambientais. Em outro estudo (POMMEREHN, DELBONI, FEDOSSE 2016), realizado com sujeitos com AVC, as restrições na participação foram mais evidentes devido aos fatores ambientais, do que das sequelas, o que pode estar relacionado aos atendimentos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional prestados aos sujeitos, e neste estudo a maioria não teve acesso a reabilitação.

A percepção da QV dos sujeitos deste estudo está baixa; as menores médias foram no domínio físico e ambiental. Segundo autores (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; FERRO et al., 2013) a QV está diminuída e correlaciona-se com as limitações para a realização das atividades cotidianas, sejam elas ocupacionais, de lazer ou de autocuidado de vida diária, por comprometimento da capacidade funcional.

Convém destacar que, em grande parte, os aspectos que compõem o domínio ambiental dependem de intervenções dos órgãos governamentais e, que por isso, não podem ser controlados direta e exclusivamente pelos indivíduos (ESTEVES et al., 2015).



## CONCLUSÃO

Este estudo analisou o acesso e o cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional por sujeitos acometidos por Lesão Neurológica (LN). Ocupou-se, inicialmente, de como se deu o acesso e o cuidado no estado agudo de saúde, em contexto hospitalar e, posteriormente, após a alta – buscando conhecer como se daria o cuidado de reabilitação/prolongado. Além disso, dados sobre condições de saúde e Qualidade de Vida (QV) foram possíveis de serem analisados.

O estudo permitiu compreender que o cuidado especializado em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional ainda são pouco acessados por adultos acometidos por LN, tanto na internação hospitalar quanto após a alta. O acesso restrito a tais cuidados foi associado a desorganização dos serviços e desconhecimento dos próprios sujeitos sobre os possíveis cuidado em saúdes para suas necessidades.

A maioria dos sujeitos acometidos estão em idade produtiva, são do sexo masculino e sofreram lesão por AVC, TCE e tumores de SNC que geraram restrições e incapacidades (físicas e mentais) que interferem na retomada do cotidiano e determinam baixa QV (domínios físicos e ambientais afetados). Para que os sujeitos acometidos por LN tenham seu cotidiano e saúde reestabelecidos, é fundamental ter acesso aos cuidados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que utilizam procedimentos específicos e adequados para acompanhar, promover e favorecer um cotidiano com QV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ALVES, P.C.B; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C; Alves, P. C. B; Souza, I. M. A. organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 125-38.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. **J Health Soc. Behav**, United States, v. 36, n.1, p.1-10, 1995. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2137284>

ANGELI, A. A. C.; LUZIVARO N. A.; GALHEIGO S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. **Interface (Botucatu)**, Ceará, v.16, n.40, p.261-72, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000016&script=sci_abstract&tlng=es).

ANNUNTHRED, D; SCHNEIDER, F. J. Lesão Medular Traumática. In: Annunthred D. **Fisioterapia Neurológica**. São Paulo, Ed. Manole, 1994, p.421-479.

BACHA, S. M. C.; OSÓRIO, A. M. N. Fonoaudiologia e educação: uma revisão da prática histórica. **Rev Cefac**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 215-21, 2004.

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 games para aplicação no projeto “AVC” do núcleo de tecnologia assistiva da UFS. **Revista GEINTEC.**, v. 3, n. 1, p.121-43, 2012.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p. 3755-68, 2011.

BARTALOTTI, C. C. et al. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. Plexus Editora, 2001.

BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. Acesso aos Serviços Fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (BA): uma batalha a ser vencida no cotidiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 628, 2009.

BEF D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: Bef D, organizador. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise; 1997. p.15-36.

BEIRÃO, R. O. S.; ALVES, C. K. A. Terapia Ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 18, n. 3, 2010.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In PINHEIRO, R; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS- UERJ; Recife: Editora universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. São Paulo: Plexus;1995.

BORGES, F; LEONI, T. F; COUTINO, I. Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, v. 20, n.3, p.425-33, 2012.

BRAIN INJURY SUPORT. **Supporting New Zealanders Living With Brain Injury**. Nova Zelândia. Disponível em: [http://www.brain-injury.org.nz/html/what\\_is\\_brain\\_injury\\_.html](http://www.brain-injury.org.nz/html/what_is_brain_injury_.html) (acesso 08 de nov de 2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: Esclerose Múltipla**, n.493, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador da prática de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, Lei Federal nº 8142 de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out. 1988. Seção 1.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)

BRASIL. Decreto 3.298 de 20 de Dezembro de 1999. **Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 21 dez,1999.

BRASIL. Decreto 6.949 de 25 de Agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007**. Diário Oficial da União, 25 agos, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos - Brasil 2011. **Indicadores de mortalidade**. DATASUS Informações de Saúde – TABNET. Indicadores de saúde; 2010 [acesso em 2015 outubro 31]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c08.def>.

BRASIL, Governo. **Viver Sem Limites: Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência**. 2013.

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](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf)

BRUNIL, D.S; STRAZZIERI, K. C; GUMIEIRO, M. N; GIOVANAZZI, R; SÁ, V. G; FARO, A. C. M. Aspectos fisiológicos e assistenciais de enfermagem da reabilitação da pessoa com lesão medular, São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.38, n. 1, p. 71-9, 2004.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, v.16, n.11, p.4433-42, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>

CAMPOS, M. F. et al. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral no serviço de neurocirurgia do hospital Heliópolis. **Rev Col Bras Cir**. [on-line], Rio de Janeiro, v.35, n.2, p. 88-93, Mar./Apr 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n2/05.pdf>

CANCELA, D. M. G. O acidente vascular cerebral–classificação, principais consequências e reabilitação. **Portal dos psicólogos**, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>

CAVALHEIRO, M. T. P. A saúde e a educação na prática e na formação do fonoaudiólogo. In:Lacerda CBF, Panhoca I. organizadores. **Tempo de fonoaudiologia**. Taubaté (SP): Cabral Editora Universitária; 1997. p. 179-86

CAZEIRO, A. P. M et al. **A Terapia Ocupacional e as Atividades da Vida Diária, Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologias Assistivas**. Fortaleza: ABRATO, p.21, 2011.

CECATTO, R. B; ALMEIDA, C. I. O Planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 37-43, 2010.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: Cruz DMC. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico**. São Paulo: Santos, 2012, p. 3 – 18

COSTA, M. L. G.; FEDOSSE, E.; LEFÈVRE, A. P. Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Cuidado em Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC. **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. 1 ed. – São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p. 806-13.

COSTA, A. G. S. et al. Diagnóstico de Enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 753-758, set. 2010.

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.

CHUN, R. Y. S; NAKAMURA, H. Y. Cuidado na Produção de Saúde – Questões para a Fonoaudiologia. In: **Tratado das Especialidade em Fonoaudiologia**. Org. MARCHESAN, I. Q; JUSTINO, H; TOMÉ, M. C. 1ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014, p.744.

CUNHA, A. B. O; VIEIRA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.4, p.725-37, 2010.

DA CRUZ, D. M. C. et al. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico. **Revista FSA** (Faculdade Santo Agostinho), v. 11, n. 2, p. 329-349, 2014.

DA SILVA, M. V. **Aspectos clínicos e epidemiológicos dos casos de acidente vascular encefálico hemorrágico intraparenquimatoso**: Perfil epidemiológico em uma série monocêntrica no Distrito Federal. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2013.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C; PALM, R. D. C M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: **Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. Org. DE CARLO, M. M.R. P; LUZO, M. C. M. São Paulo: Roca, 2004, p.3-28.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.103-07, Jan. 1997.

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

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

ESTEVES, A. M. et al. T. Avaliação da qualidade de vida e do sono de atletas paralímpicos brasileiros. **Rev Bras Med Esporte**, v.21, n.1, p. 53-6, 2015.

FALCÃO, I. V. et al. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicação para o adulto em idade produtiva atendidos no sistema Único de Saúde. **Rev Bras Matern Infantil**. V. 4, n.1, p. 95-102, 2004.

FARIA, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública.**, v. 4, Supl 2, p. 98-106, 2009.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; TRINDADE FILHO, E. M. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v.21, n.3, p.521-27, 2013

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 2, p.178-83, 2000.

FOCHEZATTO, Adelar; GHINIS, Cristiano P. Determinantes do crescimento da construção civil no Brasil e no Rio Grande do Sul: evidências da análise de dados em painel. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 31, p. 648-678, 2011.

FRANÇA, I. S. X; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. Rene Fortaleza**, Ceará, v.9, n.2,p.129-137, 2008.

GALHEIGO, S. M. Domínios e temáticas no campo das práticas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 8, n. 3, p. 113-21, 2007.

GALHEIGO, S. M. Domínios e temáticas no campo das práticas hospitalares em terapia ocupacional: uma revisão da literatura brasileira de 1990 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 113-21, set./dez. 2007.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 20-8, jan./abr. 2008.

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

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1989.

GERHARDT, T.E. et al. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In Pinheiro, R; Silva Junior, A. G.

(Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS- UERJ; ABRASCO, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLLEGÃ, A. C. C.; LUZO, M. C. M.; DE CARLO, M. M. R. P. Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 137-154.

GOMES, C; SANTOS, C. A; SILVA, J. U. A; LIANZA, S. Paralisia Cerebral. In: Lianza S (ed.). **Medicina de Reabilitação**. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara, p. 288-291, 1995.

GRAVINA, M. E. R; NOGUEIRA, D. P; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, set./dez, 2003.

GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. São Paulo (SP): Libbs Farmacêutica; 2004.

GUIMARÃES, V. C; BARBOSA, M. A; PORTO, C. C. O. Perfil da Fonoaudiologia em hospitais universitários federais brasileiros. **Distúrb Comun**, v. 21, n.2, p. 199-206, 2009.

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a prática em terapia ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais**. – São Paulo: Roca, 2007.

HALFOUN, V. L. R. C; AGUIAR, O. B; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. méd**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.424-30, 2008.

INCA-Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2014. p. 46-47.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Características da População e dos Domicílios**. 2011. Disponível em:< [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2014. Disponível em:< <http://www.ibge.br>>.

JESUS, W. L. A; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, n.1, 161-70, 2010.

KINGWELL, E. et al. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. **BMC Neurology**, v.13, n.128, p.1-29, 2013.

KLEINMAN A. **Patients and healers in the context of culture**. California: Regents; 1980.

LAWTON J. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. **Sociology of Health & Illness**, v.25, n.3, p.23-40, 2003.

LICKER, V. et al. Proteomics in human Parkinson's disease research. **J Proteomics**, v. 73, n. 1, p. 10-29, 2009.

LIMA, M. L. **Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores**. 2010. p.124. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, 2010.

LIMA, P. S. **Enfoque histórico da Fonoaudiologia** 1999. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia Clínica) Centro de especialização em Fonoaudiologia Clínica, Fortaleza, 1999.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev Ciênc Med**, v.16, n.1, p.31-41, 2007.

LOFMARK, U; HAMMARSTROM, A. Evidence for Age-Dependent Education-Related Differences in Men and Women with First-Ever Stroke. **Neuroepidemiology**, v. 28, n. 3, p. 135-41, 2007.

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.

MAR, J. et al. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. **BMC Neurol**, London, v. 11 n. 46, p. 1-11, 2011.

MASCARENHAS, C. H. M. et al. Prevalência e Padrão de Distribuição de Patologias Ortopédicas e Neurológicas em Idosos no Hospital Geral Prado Valadares. **RBSP**, v. 32, n.1, p. 43-50, 2008.

MCARTHUR, J. C. et al. Human immunodeficiency virus-associated dementia: an evolving disease. **J Neurovirol.**, v. 9, n. 2, p. 205-21, 2003.

MCDERMOTT, M. W; SNEED, P. K. Radiosurgery in metastatic brain cancer. **Neurosurgery**. 2005;57(Suppl 5):45-53.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MELO, J. R. T; SILVA, R. A; MOREIRA, J. R; DUARTE, E. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 62, n. 3-A, p. 711-5, 2004.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Vol. 145. Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.



MIRANDA, E. J. P; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **RBTI**, v. 20, n. 1, p. 68-76, 2008.

MIRANDA, G. M. D. et al. Assistência fonoaudiológica no sus: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 71-79, 2015

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. CEFAC**, v.11, n.3, p. 516-21, 2009.

MORGADO, F.L. ROSSI, L.A. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo crânio-encefálico. **Radiol Bras**, v.44, n.1, p.35-41, Jan/Fev 2011.

MOUTINHO, M. et al. C. Avaliação da via verde do acidente vascular cerebral no norte de Portugal. **Acta Med Port**, v.26, n.2, p. 113-122, 2013.

NOVAES-PINTO, R. C. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, jan./mar. 2012.

NUNES, C. J. R. R. et al. A importância da brinquedoteca hospitalar e da Terapia Ocupacional sob a óptica da equipe de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 3, 2013.

OLIVEIRA. S. L. **Tratado de Metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 2002.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: Classificação Detalhada com definições Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. 2003. Disponível em:<<http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ORDEK, G. et al. Electrophysiological monitoring of injury progression in the rat cerebellar cortex. **Frontiers in Systems Neuroscience**, v.8, article 197, p.124, 2014.

OSTWALD, S. K. et al. Predictors of resuming therapy within four weeks after discharge from inpatient rehabilitation. **Topics in stroke rehabilitation**, v.16, n.1, p. 80-91, 2015.

PANHOCA, I; GONÇALVES, C. A. B. Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 2, p. 147-153, maio/ago, 2009.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Sci Med.**, v. 21, n. 3, p. 121-31, 2011.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; DOS SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PEREIRA, G. et al. Combinações de Técnicas de Fisioterapia no Tratamento de Pacientes com Esclerose Múltipla: Série de Casos. **Revista Neurociências**, v.20, n.4, p.483-4, 2012.

PERSKY, R. W.; TURTZO, L. C.; MCCULLOUGH, L. D. Stroke in women: disparities and outcomes. **Curr Cardiol Rep**. V. 12, n. 1, p. 6-13, 2010.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 29(4): 318-25, 1995.

POMMEREHN, J.; DELBONI, M. C. C.; FEDOSSE, E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. **CoDAS**, V. 28, n. 2, p. 132-140, 2016.

PONTES-NETO, O. M. et al. Stroke awareness in Brazil. **Stroke** 2008;39: 292-96.

POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoque Epistemológico e Metodológico**. 2. ed. Vozes, RJ: Petrópolis, 2010.

QUEIRÓZ, M. I. P. O pesquisador, o problema de pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang, A. B. S. G., org. **Reflexões sobre pesquisa sociológica**. São Paulo, Centro de estudos Rurais e urbanos, p. 13-29(Coleção textos, 2ª série, 3), 1992.

QUERFURTH, H. W; LAFERLA, F. M. Mechanisms of disease. **N Engl J Med**, v. 362, n. 4, p. 329-344, 2010.

RAFII, M.S; HILLIS, A. E. Compendium of cerebrovascular diseases. **Rev Psychiatry**, v. 18, n.5, p.395-407, 2006.

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.

REED, Umbertina Conti. **Neurologia: noções básicas sobre a especialidade**. Departamento de, 2010.

REESE, J. P. et al. Preference-based Health status in a German outpatient cohort with multiple sclerosis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 162, p. 1-9. 2013.

REZENDE, M de. **Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: A Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe**. Um Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, R. M. A fisioterapia no contexto da Política de saúde no Brasil: aproximação e desafios. **Perspectivas Online**, v. 2, n 8, 2008, p. 104-9.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. **Fisioterapia Brasil**, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

RIBEIROA, K. S. Q. S. et al. Acesso à reabilitação no pós-avc na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Rev. baiana saúde pública**, v. 36, n. 3, 2012.

RIBEIRO, C. D.; SOARES, M.C.F. Challenges for physical therapist's inclusion in primary care: the administrators' perspective. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 379-393, 2015.

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

ROCHA, e. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão**. São Paulo: Roca, 2006

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas OnLine** , v. 2, n. 8, 2008.

ROWLAND, L. P. Traumatismo. In: Rowland LP (ed.). **Merrit Tratado de Neurologia**. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara, p. 331-333, 1995.

SAAR, S. R. C; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p.106-12, 2007.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 99-107, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.014>.

SANTOS, C. A. V. **O serviço de terapia ocupacional em contextos hospitalares, sob a perspectiva dos usuários**. 2007. 76 f. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; GONÇALVES, G. G. P.; BITTENCOURT, N. F. N.; MIRANDA, A. D.; FONSECA, S. T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. **Rev. bras. fisioter**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136. 2005.

SANTOS, F. et al. Traumatismo Cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. **REME**, v.17, n.4, p. 882-93, 2013.

SENNA, M. C. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. Supl, p. 203-11, 2002.

SCALZO, P. L. et. al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Rev Neuroci**, v.18, n.2, p. 139-44, 2010.

SHIN, Carolina Gina; TOLDRÁ, Rosé Colom. 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.

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 jun; 16(6): 2753-62.

SOUSA, R. C. P. et al. Terapia de Restrição e indução do movimento hemiparético. **Rev. Neurociênc.** 20(4): 604-611, 2012.

SOUZA, C. C. B. X; ROCHA, E. F. R. Porta de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-235, 2010

SPACCAVENTO, S. et al. Comparison of the Amplitudes of the H-reflex of Post-stroke Hemiplegia Patients and Normal Adults during Walking. **J. Phys. Ther. Sci.**, v. 25, p. 729–32, 2013.

SPECTOR, S. A. et al. The HIV Neurobehavioral Research Center Group. Virologic markers of human immunodeficiency virus type 1 in cerebrospinal fluid. **J Infect Dis.**, n.168, p. 68-74, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MS, 2002.

SULLIVAN, S. B; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia avaliação e tratamento**. 4ª Ed. Barueri: Manole, 2004, p.540.

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, n. 2, p. 330-9, 2011.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** ,20(Supl. 2), 2004.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estud psicol.** v. 24, n. 1, p.89-98, 2007.

TORRÃO, A. S. et al. Abordagens diferentes, um único objetivo: compreender os mecanismos celulares das doenças de Parkinson e de Alzheimer. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, p. S194-S218, 2012.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

WITTMANN-VIEIRA R; GOLDIM, J. R. Bioética e Cuidados Paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.** 25(3):334-9. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease.** Geneva; 1993.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: \_\_\_\_\_. **Individualismo e cultura.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. p. 15-37.

VELOSO, F.; REIS, L. A; AZOUBEL, R; XAVIER, T. T; ÂRGOLO, S. M. Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de Acidente Vascular Encefálico no município de Jequié – BA. **Revista Saúde.com.** v.3, n 1, p. 55-63, 2007.

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. Sci.** 25: 1119–1122, 2013.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Carta de Apresentação ao Hospital Universitário de \_\_\_\_\_

Prezado (a) Senhor (a),

Apresentamos o Projeto de Pesquisa: “Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na cidade de \_\_\_\_\_” que tem como objetivo: analisar o acesso de pessoas com lesão encefálica ao cuidado especializado de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional na cidade de \_\_\_\_\_. Para tanto será necessária consulta aos prontuários dos sujeitos internados por lesões encefálicas, buscando identificar a data da entrada e da saída do hospital, bem como os serviços especializados dispensados ao sujeito lesionado encefálico – Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante a internação hospitalar.

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<sup>a</sup>. Dra. Elenir Fedosse e desenvolvido pela mestrande Jodeli Pommerehn, iniciada após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, 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.<sup>a</sup>, a autorização para realização da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Atenciosamente,

---

Pesquisador responsável  
Elenir Fedosse

---

Pesquisador responsável  
Jodeli Pommerehn

## Apêndice B - Termo de autorização institucional

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela instituição \_\_\_\_\_, declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado “**Acesso ao Cuidado Especializado em Saúde por Pessoas com Lesões Encefálicas no Município de \_\_\_\_\_**” proposto pela mestrandia Jodeli Pommerehn, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Elenir Fedosse.

Disponho de uma cópia do Projeto de pesquisa, a partir do qual podere-se-á acompanhar o processo de coletas de dados. Fui esclarecido (a) de que receberei resultado da pesquisa oportunamente, assim como serei informada das produções científicas dela decorrente. Nestes termos, autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Santa Maria,..... de .....de .....

---

Responsável pelo serviço

## **Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sujeitos com Lesões Encefálicas (TCLE)**

**Título do estudo:** Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na cidade de Santa Maria – RS.

**Pesquisadoras responsáveis:** Elenir Fedosse e Jodeli Pommerehn.

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

**Telefone para contato:** (55) 91510973; (55) 91642662.

**Locais de coleta de dados:** Hospital Universitário \_\_\_\_\_.

Prezado (a) Senhor (a):

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa - **Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na cidade de \_\_\_\_\_ RS**, sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dra. Elenir Fedosse e da mestrandia Jodeli Pommerehn, o qual pretende avaliar o acesso aos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional por pessoas com lesões encefálicas, na cidade de \_\_\_\_\_.

Sua participação é voluntária, o(a) Sr(a) deverá responder a uma entrevista semiestruturada (durante a internação hospitalar) e após dois meses de alta hospitalar, em seu domicílio, deverá responder a outra entrevista semiestruturada e a mais outros dois questionários: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF e o *World Health Organization Quality Life – WHOQOL-Bref*.

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) durante a coleta de dados, será usado um gravador de áudio; 3) as entrevistas tem perguntas sobre o acesso aos serviços especializados em saúde durante a internação hospitalar e após a alta hospitalar; 4) os questionários (CIF e WHOQOL) mensuram o impacto dos fatores ambientais no acesso aos serviços de saúde e o *WHOQOL-Bref* tem a finalidade de demonstrar a qualidade de vida após a lesão no cérebro.

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. 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 dois ou mais encontros, conforme a necessidade de cada um, devido a extensão dos mesmos, para evitar cansaço.

O benefício apresentado pela pesquisa está relacionado à ampliação de sua compreensão sobre o acesso aos cuidados especializados (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) necessários aos sujeitos com lesões encefálicas na cidade de Santa Maria, bem como à divulgação dos serviços existentes.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones (55) 91642662 ou 91510973, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS.



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  
Jodeli Pommerehn



Impressão do dedo  
polegar  
Caso não possa  
assinar

## Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Familiar (TCLE)

**Título do estudo:** Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na cidade de Santa Maria – RS.

**Pesquisadoras responsáveis:** Elenir Fedosse e Jodeli Pommerehn.

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

**Telefone para contato:** (55) 91510973; (55) 91642662.

**Locais de coleta de dados:** Hospital Universitário \_\_\_\_\_.

Prezado(a) Senhor(a):

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa - **Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na cidade de \_\_\_\_\_**, sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Elenir Fedosse e da mestrandia Jodeli Pommerehn, o qual pretende avaliar o acesso aos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional por pessoas com lesões encefálicas, na cidade de \_\_\_\_\_.

Sua participação é voluntária, o (a) Sr (a) será convidado (a) a responder uma entrevista semiestruturada e um questionário - *World Health Organization Quality Life – WHOQOL-Bref* (ambos em seu domicílio após dois meses de alta hospitalar do seu familiar que sofreu lesão encefálica).

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) durante a coleta de dados, será usado um gravador de áudio; 3) a entrevista tem perguntas sobre o acesso aos serviços especializados pelo seu familiar; 4) o questionário - WHOQOL tem a finalidade demonstrar a sua qualidade de vida após a lesão no cérebro de seu familiar.

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. 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 dois ou mais encontros, conforme a necessidade de cada um, devido a extensão dos mesmos, para evitar cansaço.

O benefício apresentado pela pesquisa está relacionado à ampliação de sua compreensão sobre o acesso aos cuidados especializados (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) necessários aos sujeitos com lesões encefálicas na cidade de Santa Maria, bem como à divulgação dos serviços existentes.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones (55) 91642662 ou 91510973, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS.

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.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

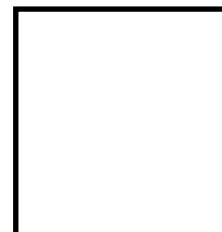
Assinatura do participante

---

Pesquisador responsável  
Elenir Fedosse<sup>5</sup>

---

Pesquisador responsável  
Jodeli Pommerehn



Impressão do  
dedo polegar  
Caso não possa  
assinar

## Apêndice E – Termo de Confidencialidade

A

### Termo de Confidencialidade

**Título do projeto:** Acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas com lesões encefálicas na \_\_\_\_\_.

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

**Responsáveis:** Elenir Fedosse e Jodeli Pommerehn.

**Telefones para contato:** (55) 91510973; (55) 91642662.

**Locais da coleta de dados:** Hospital Universitário

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 dois anos sob a responsabilidade da orientadora Profª Dra. Elenir Fedosse, armazenadas em Banco de Dados em um armário chaveado (patrimônio 094926), na sala número 709, no 7º andar, do Prédio de Apoio – UFSM; após o período estipulado de cinco anos os questionários serão incinerados. Os arquivos de mídia (gravações de áudio) serão armazenados em um computador da marca HP *probook* 6460 N/S: BRG 216FKYV (patrimônio 205864) e gravados em DVDs que serão armazenados em envelopes lacrados juntamente com os questionários e transcrições, este material será armazenado por cinco anos e após esse período o equipamento eletrônico será formatado e os DVDs destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em 29/01/2015, com o número do CAAE 40253014.1.0000.5346

Santa Maria, 29 de janeiro de 2015

Elenir Fedosse

Elenir Fedosse

## Apêndice F - Formulário para busca de informações em prontuários

Prontuário \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. **Nome:** \_\_\_\_\_
2. **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_ **interior** ( )
3. **Sexo:** ( ) F ( ) M Cor: ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) outro \_\_\_\_\_
4. **Data do:** Episódio lesional: \_\_\_\_\_ ESCALA DE GLASGOW: \_\_\_\_\_ ENCAMINHADO: \_\_\_\_\_
5. **Internações anteriores:** Data: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
6. **Unidade Funcional:** \_\_\_\_\_ **Especialidade:** \_\_\_\_\_ **Tipo de internação** \_\_\_\_\_
7. **Internação: Causa:** Acidente auto ( ) acidente moto ( ) queda ( ) desacordado ( ) episódio convulsivo ( ) outro ( ) \_\_\_\_\_

**Sintomas:** ( ) perda de consciência ( ) alteração na fala ( ) perda de força em MSD ( ) perda de força em MSE ( ) perda de força em MID ( ) perda de força em MIE ( ) cefaleia ( ) alteração visual ( ) perda de esfíncter ( ) perda de sensibilidade ( ) episódio de vômito ( ) náuseas ( ) dificuldade de deglutição ( ) febre ( ) tosse ( ) mal estar ( ) confusão mental ( ) emagrecimento ( ) convulsão ( ) tontura ( ) plegia em hemitorço ( ) alteração de memória ( ) dor ( ) desmaio ( ) desorientação temporal ( ) desorientação espacial ( ) paresia ( ) ataxia ( ) rigidez em nuca/pescoço ( ) alucinações ( ) irresponsivo ( ) previamente rígido ( ) desequilíbrio ( ) síncope ( ) desvio da rima labial ( ) Outro \_\_\_\_\_

8. **Informações relevantes:**  
( ) AVC anterior ( ) HIV ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) HAS ( ) DM ( ) usuário de drogas ( ) obesidade ( ) dislipidemia ( )
9. **Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **CID:** \_\_\_\_\_
10. **Local da lesão:** \_\_\_\_\_

11. **Lesões associadas:** \_\_\_\_\_

12. **Procedimentos utilizados:** ( ) TOT ( ) TQT ( ) VM ( ) IOT ( ) cirurgia ( ) tto conservador ( )

Qual outro procedimento: \_\_\_\_\_

13. **Complicações durante internação:** ( ) pneumonia ( ) escaras ( ) outro \_\_\_\_\_

14. Período de internação:

PA	UTI	CTI	CMII	SID

15. Data da alta:

Hospitalar	SID	Óbito

### 16. Cuidado: Unidade PA

**A. MEDICINA:** fisio M ( ) fisio R ( ) fono ( ) outro \_\_\_\_\_

**B. FISIOTERAPIA:** ( ) motora ( ) respiratória ( ) verificação sinais vitais ( ) mobilização de MMII ( ) mobilização de MMSS ( ) descompressão torácica abrupta ( ) aspiração secreção ( ) coleta de secreção ( ) orientação posicionamento no leito ( ) vibrocompressão ( ) alongamentos ( ) estimulação a deambulação ( ) mini mental ( ) outro \_\_\_\_\_

**C. FARMÁCIA:** ( ) atenção farmacêutica ( ) troca de medicação ( ) reconciliação medicamentosa ( ) interações medicamentosas ( ) alteração de horário ( ) outro \_\_\_\_\_

**F. FONO:** ( ) avaliação de deglutição ( ) terapia direta de deglutição ( ) terapia indireta de deglutição ( ) orientação correto posicionamento VO ( ) diagnóstico fonoaudiológico ( ) orientação troca de cânula ( ) teste do corante azul/Blue Dye Test ( ) avaliação de linguagem ( ) terapia de linguagem ( ) acompanhamento de refeição ( ) Prot. Risco disfagia ( ) outro \_\_\_\_\_

### 17. Cuidado: Unidade UTI ( ) CMII ( ) SID ( )

**A. MEDICINA:** fisio M ( ) fisio R ( ) fono ( ) outro \_\_\_\_\_

**B. FISIOTERAPIA:** ( ) motora ( ) respiratória ( ) verificação sinais vitais ( ) mobilização de MMII ( ) mobilização de MMSS ( ) descompressão torácica abrupta ( ) coleta de secreção ( ) orientação posicionamento no leito ( ) vibrocompressão ( ) alongamentos ( ) estimulação a deambulação ( ) mini mental ( ) aval. Neurol. ( ) vibrocompressão ( ) SV ( ) treino de equilíbrio ( ) propriocepção tronco ( ) cinesioterapia ( ) treino de AVDS ( ) aspiração ( ) aval. Musc resp.

**D. TO:** ( ) estimulação cognitiva ( ) importância de acompanhamento pós-alta ( ) escuta qualificada ( ) Avaliação sensibilidade ( ) orientação de cuidado com pés ( ) avaliação motora ( ) estimulação sensorial ( ) orientação posicionamento no leito ( ) resgate de AVDS ( ) retomada história de vida ( ) estimulação para autoconhecimento ( ) relaxamento ( ) expressividade ( ) avaliação do risco de pé diabético ( ) estimulação estereognosia ( ) escuta da família ( ) Mov. Passiva ( ) mudança decúbito ( ) aux.na realiz. AVDS ( ) observação de AVDS ( ) outro \_\_\_\_\_

**E. FARMÁCIA:** ( ) atenção farmacêutica ( ) troca de medicação ( ) reconciliação medicamentosa ( ) interações medicamentosas ( ) alteração de horário ( ) outro \_\_\_\_\_

**F. FONO:** ( ) avaliação de deglutição ( ) vocalização ( ) fonoterapia ( ) orientação para retirada de TQT ( ) terapia direta de deglutição ( ) terapia indireta de deglutição ( ) orientação correto posicionamento VO ( ) diagnóstico fonoaudiológico ( ) orientação troca de cânula ( ) teste do corante azul/Blue Dye Test ( ) terapia de linguagem ( ) acompanhamento de refeição ( ) crioestimulação ( ) Avaliação afasia ( ) Protocolo risco Disfagia ( ) fonoterapia ( ) manobras de limpeza ( ) conversa com nutri ( ) dieta ( ) outro \_\_\_\_\_

**G. CIRURGIÁ DENTISTA:** ( ) higiene oral ( ) remoção de placa bacteriana ( ) orientação sobre escovação ( ) outro \_\_\_\_\_

**H. ASSISTÊNCIA SOCIAL:** ( ) conversa com familiares - motivo: \_\_\_\_\_ ( ) visita domiciliar ( ) entrevista social ( ) relat. social

**I. PSICOLOGIA:** ( ) conversa com familiares ( ) outro \_\_\_\_\_

**J. Reunião multi quais profissionais:** ( ) M ( ) Enf. ( ) Fono ( ) Físio ( ) TO ( ) Psico ( ) AS ( ) Farm. ( ) nutri ( ) CD e assunto: \_\_\_\_\_

### 18. Cuidado: Unidade UTI ( ) CMII ( ) SID ( )

**A. MEDICINA:** fisio M ( ) fisio R ( ) parecer fono ( ) outro \_\_\_\_\_

**C. FISIOTERAPIA:** ( ) motora ( ) respiratória ( ) verificação sinais vitais ( ) mobilização de MMII ( ) mobilização de MMSS ( ) descompressão torácica abrupta ( ) aspiração secreção ( ) coleta de secreção ( ) orientação posicionamento no leito ( ) vibrocompressão ( ) alongamentos ( ) estimulação a deambulação ( ) mini mental ( ) outro \_\_\_\_\_

**D. TO:** ( ) estimulação cognitiva ( ) importância de acompanhamento pós-alta ( ) escuta qualificada ( ) Avaliação sensibilidade ( ) orientação de cuidado com pés ( ) avaliação motora ( ) estimulação sensorial ( ) orientação posicionamento no leito ( ) resgate de AVDS ( ) retomada história de vida ( ) estimulação para autoconhecimento ( ) relaxamento ( ) expressividade ( ) avaliação do risco de pé diabético ( ) estimulação estereognosia ( ) outro \_\_\_\_\_

**E. FARMÁCIA:** ( ) atenção farmacêutica ( ) troca de medicação ( ) reconciliação medicamentosa ( ) interações medicamentosas ( ) alteração de horário ( ) outro \_\_\_\_\_

**F.FONO:** avaliação de deglutição ( ) terapia direta de deglutição ( ) terapia indireta de deglutição ( ) orientação correto posicionamento VO ( ) diagnóstico fonológico ( ) orientação troca de cânula ( ) teste do corante azul/Blue Dye Test ( ) terapia de linguagem ( ) acompanhamento de refeição ( ) outro ( ) \_\_\_\_\_

**G. CIRURGIÃ DENTISTA:** ( ) higiene oral ( ) remoção de placa bacteriana ( ) orientação sobre escovação ( ) outro \_\_\_\_\_

**H. ASSISTÊNCIA SOCIAL:** ( ) conversa com familiares - motivo: \_\_\_\_\_ ( ) visita domiciliar ( ) entrevista social

**I. PSICOLOGIA** ( ) conversa com familiares ( ) outro \_\_\_\_\_

**J. Reunião multi quais profissionais:** ( ) M ( ) Enf. ( ) Fono ( ) Fisio ( ) TO ( ) Psico ( ) AS ( ) Farm. ( ) CD e assunto: \_\_\_\_\_

## Apêndice G - Instrumento para entrevista das pessoas com lesões encefálicas durante internação

Respondido: ( )Familiar/cuidador ( )sujeito com LE

Participante N° \_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

1. Dentro do Hospital, algum profissional de saúde explicou como ocorre a lesão encefálica e suas sequelas? Quem?

( )sim ( )não ( )médico residente ( )neurologista ( )enfermagem ( )outro

2. Informaram a você e/ou familiar que dentro do Hospital além das especialidades médicas existe o cuidado especializado em saúde?

( )sim ( )não ( ) não sabia responder

Qual deles? ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( ) outro: \_\_\_\_\_

3. Se você necessitou de internação na Unidade Tratamento Intensiva (UTI) informaram a você e/ou familiar que prestaram cuidado especializado?

( ) sim ( ) não ( ) não sabia responder

( )Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( )outro \_\_\_\_\_

4. Durante internação no PA informaram a você e/ou familiar que prestaram cuidado especializado?

( ) sim ( ) não ( ) não sabia responder

( )Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( )outro \_\_\_\_\_

5. Se você esteve na enfermaria-CMII (5º andar) você recebeu cuidado especializado? Se sim, quais?

( ) sim ( ) não ( ) não sabia responder

( )Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( )outro \_\_\_\_\_

6. Que tipo de cuidado o(a) Sr(a) está recebendo?

\_\_\_\_\_  
7. Tem alta prevista? \_\_\_\_\_

## Apêndice H - Instrumento para entrevista dos sujeitos com lesões neurológica no domicílio

Respondido por: ( )familiar/cuidador ( )sujeito com LE Nome: \_\_\_\_\_

1. Quanto tempo levou desde os primeiros sintomas até receber os primeiros cuidados em saúde?
2. Orientaram você, no momento da alta hospitalar, sobre os cuidados em saúde que você precisa? ( ) não ( ) sim qual? \_\_\_\_\_
3. Essas orientações foram por escrito sobre o cuidado em saúde na alta Hospitalar? ( ) não ( ) sim ( ) medicação ( ) alimentação ( ) exames ( ) outro \_\_\_\_\_
4. Explicaram a importância da inserção no programa de reabilitação para melhorar a sua saúde? ( ) sim ( ) não quem? \_\_\_\_\_
5. Você está com dificuldades para realizar as atividades rotineiras de forma autônoma? ( ) sim ( ) não ( ) possui cuidador
6. Você percebe alterações em seu corpo? ( ) não ( ) sim ( ) motora ( ) linguagem ( ) cognitiva outro: \_\_\_\_\_
7. Encaminharam você para atendimento da Fisioterapia? ( ) sim ( ) não
8. Encaminharam você para atendimento da Fonoaudiologia? ( ) sim ( ) não
9. Encaminharam você para atendimento da Terapia Ocupacional? ( ) sim ( ) não
10. Você acredita que precisa de atendimento especializado? ( ) sim ( ) não
11. Você conseguiu atendimento especializado? ( ) não ( ) sim ( ) não buscou Onde: \_\_\_\_\_
12. Encontrou alguma dificuldade para conseguir atendimento em saúde após a alta hospitalar? ( ) não ( ) sim ( ) não buscou qual? \_\_\_\_\_
13. A Unidade Básica de saúde próxima de sua casa tem prestado assistência a sua saúde? ( ) não ( ) sim
14. Qual(ais) serviço(s) de saúde você considerou mais difícil de acessar após a alta hospitalar? ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( ) médico ( ) não teve dificuldade ( ) outro \_\_\_\_\_
15. Você atribui essa dificuldade a qual motivo? ( ) barreiras pessoais ( ) barreira ambiental ( ) barreira atitudinais ( ) organização dos serviços ( ) outro \_\_\_\_\_
16. Qual(ais) serviço(s) de cuidado especializado que você considera mais fácil de acessar após a alta hospitalar? ( ) fisio ( ) fono ( ) to ( ) medicina ( ) não teve facilidade ( ) outro: \_\_\_\_\_
17. Você atribui essa facilidade a qual motivo? ( ) facilitadores pessoais ( ) ambientais ( ) atitudinais ( ) outro \_\_\_\_\_
18. Após a lesão quanto tempo você esperou para conseguir atendimento de serviços de reabilitação? \_\_\_\_\_ ( ) não se aplica
19. Você sabia que o acesso aos serviços de saúde é seu direito? ( ) Sim ( ) Não
20. Você considera importante o acesso aos serviços de cuidado especializado? ( ) sim ( ) não



## ANEXOS

### Anexo 1 – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

#### CHECKLIST DA CIF

##### A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

A.1 NOME (opcional) Nome \_\_\_\_\_ SOBRENOME \_\_\_\_\_

A.2 SEXO (1) [ ] Feminino (2) [ ] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO \_\_/\_\_/\_\_ (dia/mês/ano)

A.4 ENDEREÇO (opcional): \_\_\_\_\_

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL \_\_

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ATUAL: (Assinale somente o mais compatível)

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| (1) Nunca foi casado [ ]  | (4) Divorciado [ ]                  |
| (2) Atualmente casado [ ] | (5) Viúvo [ ]                       |
| (3) separado [ ]          | (6) Coabitação [ ]<br>(concubinato) |

A.7 OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione a única melhor opção)

- |   |  |
|---|--|
| (1) Emprego assalariado [ ]                     | (7) Desempregado (razão de saúde) [ ]          |
| (2) Trabalha por conta própria<br>(autônomo)[ ] | (8) Desempregado (outra razão) [ ]             |
| (3) Não assalariado, voluntário/caridade [ ]    | (9) Outro [ ]<br>(por favor especifique) _____ |
| (4) Estudante [ ]                               |  |
| (5) Prendas domésticas/Dona de casa [ ]         |  |
| (6) Aposentado [ ]                              |  |

A. 8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Condições Principais de Saúde, se possível dê Códigos da CID.

1. Não existe nenhuma Condição Médica

2. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

3. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

4. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos.

<b>0 Nenhuma deficiência</b> significa que a pessoa não tem problema	
<b>1 Deficiência leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
<b>2 Deficiência moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
<b>3 Deficiência grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.	
<b>4 Deficiência completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
<b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.	
<b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	
<b>Lista Resumida das Funções do Corpo</b>	<b>Qualificador</b>
<b>b1. FUNÇÕES MENTAIS</b>	
b110	Consciência
b114	Orientação ( <i>tempo, lugar, pessoa</i> )
b117	Funções intelectuais ( <i>incl. Retardo mental, demência</i> )
b130	Funções da energia e de impulsos
b134	Sono
b140	Atenção
b144	Memória
b152	Funções emocionais
b156	Funções da percepção
b164	Funções cognitivas superiores
b167	Funções mentais da linguagem
<b>b2. FUNÇÕES SENSÓRIAS E DOR</b>	
b210	Visão
b230	Audição
b235	Vestibular ( <i>incl. Funções de equilíbrio</i> )
b280	Dor
<b>b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA</b>	
b310	Voz
<b>b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO</b>	
b410	Funções do Coração
b420	Pressão sanguínea
b430	Funções do sistema hematológico ( <i>sangue</i> )
b435	Funções do sistema imunológico ( <i>alergias, hipersensibilidade</i> )
b440	Funções do sistema respiratório ( <i>respiração</i> )
<b>b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO,</b>	

<b>METABÓLICO E ENDÓCRINO</b>	
<b>b515</b> Funções digestivas	
<b>b525</b> Funções de defecação	
<b>b530</b> Manutenção do peso	
<b>b555</b> Funções das glândulas endócrinas ( <i>mudanças hormonais</i> )	
<b>b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS</b>	
<b>b620</b> Funções urinárias	
<b>b640</b> Funções sexuais	
<b>b7.FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO</b>	
<b>b710</b> Mobilidade das articulações	
<b>b730</b> Força muscular	
<b>b735</b> Tônus muscular	
<b>b765</b> Movimentos involuntários	
<b>b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS</b>	
<b>QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO</b>	

### Parte 1 b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- **Estruturas do Corpo** são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

<b>Primeiro Qualificador: Extensão de deficiência</b>	<b>Segundo Qualificador: Natureza da alteração</b>
<p><b>0 Nenhuma deficiência</b> significa que a pessoa não tem problema</p> <p><b>1 Deficiência leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p><b>2 Deficiência moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p><b>3 Deficiência grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.</p> <p><b>4 Deficiência completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p><b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.</p> <p><b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	<p><b>0</b>Nenhuma mudança na estrutura</p> <p><b>2</b>Ausência parcial</p> <p><b>3</b>Parte adicional</p> <p><b>4</b>Dimensões aberrantes</p> <p><b>5</b>Descontinuidade</p> <p><b>6</b>Posição desviada</p> <p><b>7</b>Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p><b>8</b>Não especificada</p> <p><b>9</b>Não aplicável</p>

### Lista Resumida das Estruturas do Corpo

	<b>Primeiro qualificador</b> <i>Extensão da Deficiência</i>	<b>Segundo qualificador</b> <i>Natureza da alteração</i>
<b>s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO</b>		
s110 Cérebro		
s120 Medula espinhal e nervos periféricos		
<b>s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS</b>		
<b>s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA</b>		
<b>s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO</b>		
s410 Sistema cardiovascular		
s430 Sistema respiratório		
<b>s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO</b>		
<b>s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO</b>		
s610 Sistema urinário		
s630 Sistema reprodutivo		
<b>s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO</b>		
s710 Região de cabeça e pescoço		
s720 Região de ombro		
s730 Extremidade superior ( <i>braço, mão</i> )		
s740 Pelve		
s750 Extremidade inferior ( <i>perna, pé</i> )		
s760 Tronco		
<b>s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS QUAISQUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO</b>		

## PARTE 2: LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é o ato de se envolver em uma situação vital.
- **Limitações** de atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. Restrições à participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

<b>Primeiro Qualificador:</b> Desempenho Extensão da Restrição à Participação	<b>Segundo Qualificador:</b> Capacidade (sem assistência) Extensão da limitação de Atividade
<b>0 Nenhuma dificuldade</b> significa que a pessoa não tem problema	
<b>1 Dificuldade leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
<b>2 Dificuldade moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	

<b>3 Dificuldade grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.
<b>4 Dificuldade completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.
<b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.
<b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

### Lista Resumida dos domínios de A&P

<b>d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO</b>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
d110 Observar/assistir		
d115 Ouvir		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular ( <i>aritmética</i> )		
d175 Resolver problemas		
<b>d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS</b>		
d210 Realizar uma única tarefa		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
<b>d3. COMUNICAÇÃO</b>		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais		
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
d330 Fala		
d335 Produção de mensagens não verbais		
d350 Conversação		
<b>d4. MOBILIDADE</b>		
d430 Levantar e carregar objetos		
d440 Uso fino das mãos ( <i>pegar, segurar</i> )		
d450 Andar		
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		
d470 Utilização de transporte ( <i>carros,ônibus, trem, avião, etc.</i> )		
d475 Dirigir ( <i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i> )		
<b>d5. CUIDADO PESSOAL</b>		
d510 Lavar-se ( <i>banhar-se,secar-se, lavar as mãos, etc</i> )		
d520 Cuidado das partes do corpo( <i>escovar os dentes, barbear-se,etc.</i> )		
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 Cuidar da própria saúde		
<b>d6. VIDA DOMÉSTICA</b>		
d620 Aquisição de bens e serviços ( <i>fazer compras, etc.</i> )		
d630 Preparação de refeições ( <i>cozinhar, etc.</i> )		
d640 Tarefas domésticas ( <i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i> )		
d660 Ajudar os outros		

<b>d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS</b>		
d710Interações interpessoais básicas		
d720Interações interpessoais complexas		
d730Relações com estranhos		
d740Relações formais		
d750Relações sociais informais		
d760Relações familiares		
d770Relações íntimas		
<b>d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA</b>		
d810Educação informal		
d820Educação escolar		
d830Educação superior		
d850Trabalho remunerado		
d860Transações econômicas básicas		
d870Auto-suficiência econômica		
<b>d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA</b>		
d910Vida comunitária		
d920Recreação e lazer		
d930Religião e espiritualidade		
d940Direitos humanos		
d950Vida política e cidadania		
<b>QUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO</b>		

### PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

<b>Qualificador no ambiente: Barreiras ou facilitador</b>	<b>0</b> NENHUMA barreira	<b>0</b> NENHUM facilitador
	<b>1</b> Barreira LEVE	<b>+1</b> Facilitador LEVE
	<b>2</b> Barreira MODERADA	<b>+2</b> Facilitador MODERADO
	<b>3</b> Barreira GRAVE	<b>+3</b> Facilitador CONSIDERÁVEL
	<b>4</b> Barreira COMPLETA	<b>+ 4</b> Facilitador COMPLETO

<i>Lista Reduzida do Ambiente</i>	<b>Qualificador barreiras ou facilitadores</b>
<b>e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA</b>	
e110Produtos ou substâncias para consumo pessoal ( <i>comida,remédios</i> )	
e115Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
e120Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
e125Produtos e tecnologia para comunicação	
e150Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
<b>e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO</b>	
e225Clima	
e240Luz	

e250Som	
<b>e3. APOIO E RELACIONAMENTOS</b>	
e310Família imediata	
e320Amigos	
e325Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330Pessoas em posição de autoridade	
e340Cuidadores e assistentes pessoais	
e355Profissionais da saúde	
e360Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	
<b>e4. ATITUDES</b>	
e410Atitudes individuais de membros da família imediata	
e420Atitudes individuais dos amigos	
e440Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e455Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	
e460Atitudes sociais	
e465Normas, práticas e ideologias sociais	
<b>e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS</b>	
e525Serviços, sistemas e políticas de habitação	
e535Serviços, sistemas e políticas de comunicação	
e540Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e550Serviços, sistemas e políticas legais	
e570Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e575Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	
e580Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	
e590Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	
<b>QUAISQUER OUTROS FATORES AMBIENTAIS</b>	

#### PARTE 4: OUTRAS INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

4. 1 Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.
4.2 Incluir quaisquer Fatores Pessoais que tenham impacto sobre a funcionalidade (por exemplo, estilo de vida, hábitos, nível social, educação, eventos de vida, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).

Checklist da CIF © Organização Mundial de Saúde, Setembro 2003.

#### RESUMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Relato próprio  Relato Clínico

X.1 Altura: \_\_/\_\_/\_\_ cm (ou polegadas)

X.2 Peso: \_\_/\_\_/\_\_ Kg (ou libras)

X.3 Mão dominante (anterior à condição de saúde):

Esquerda  Direita  Ambidestro

X.4 Como você avalia sua saúde física no último mês?

Muito boa  Boa  Moderada  Ruim  Muito ruim

X.5 Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito boa  Boa  Moderada  Ruim  Muito ruim

**X.6** Atualmente você tem alguma doença (s) ou distúrbio(s)?

NÃO  SIM Se SIM, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**X.7** Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade?

NÃO  SIM Se SIM, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**X.8** Foi hospitalizado no último ano?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

**X.9** Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**X.10** Você fuma?

NÃO  SIM

**X.11** Você consome álcool ou drogas?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade média diária

Tabaco: \_\_\_\_\_

Álcool: \_\_\_\_\_

Drogas: \_\_\_\_\_

**X.12** Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique \_\_\_\_\_

**X.13** Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m) \_\_\_\_\_

**X.14** Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

NÃO  SIM Se SIM, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**X.15** Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

**X.16** NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua

condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO  SIM Se sim, quantos dias? \_\_\_\_\_

**X.17** NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga).

NÃO  SIM Se sim, quantos dias? \_\_\_\_\_

**Versão 2.1a, Formulário Clínico**

**H 1.** Ao completar esta **checklist**, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:



**[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta**

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível, sugere-se completar o apêndice 1: Resumo das Informações de Saúde (p 9-10) que pode ser completado pelo respondente.

**H 2. Data** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ **H 3. Caso ID** \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ \_\_, \_\_ **H 4. Participante N.** \_\_ \_\_, \_\_ \_\_, \_\_ \_\_,

**Dia Mês Ano nº do caso 1ª ou 2ª Avaliação Local Participante**

**Anexo 2 - World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF**

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito	Mais ou	Bastante	Extremamente
--	------	-------	---------	----------	--------------

			pouco	menos		
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

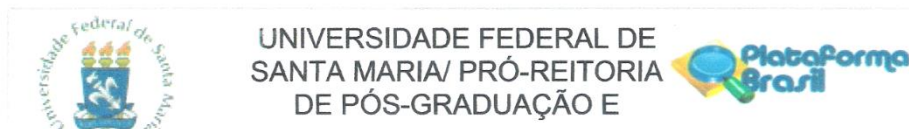
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?  
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

## 9.3 Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – UFSM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ACESSO AO CUIDADO ESPECIALIZADO EM SAÚDE POR PESSOAS COM LESÕES ENCEFÁLICAS NA CIDADE DE SANTA MARIA - RS

**Pesquisador:** Elenir Fedosse

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40251014.1.0000.5346

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 941.552

**Data da Relatoria:** 10/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

A Lesão Encefálica (LE) é um dano que ocorre nas estruturas do encéfalo decorrente de diversas causas; o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE) são as causas mais comuns. Essas lesões implicam, geralmente, em sequelas que trazem restrições/incapacidades ao sujeito e seus familiares, gerando, pois, mudanças no cotidiano de ambos. Sequelas de LE requerem cuidado especializado (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, por exemplo) para que as capacidades/habilidades remanescentes sejam potencializadas, evitando a cronicidade do estado de saúde. Sabe-se que o processo de reabilitação já nos primeiros meses após a lesão determina melhor prognóstico. Para que um sujeito com lesão encefálica tenha qualidade de vida é fundamental o acesso ao cuidado especializado – por ocasião do acometimento e com seguimento terapêutico apropriado. Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) assegurar o atendimento a todos os cidadãos (princípio da universalidade) ainda há muito por fazer para que as pessoas com limitações recebam a assistência equitativa, igualitária e universal preconizada. Neste sentido, convém identificar os cuidados especializados em saúde e os serviços acessados analisando-se as condições externas (fatores pessoais, biológicos e ambientais) e internas (infraestrutura e eficiência do cuidado) dos mesmos. Este estudo tem por objetivo analisar o acesso de pessoas com LE ao cuidado

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

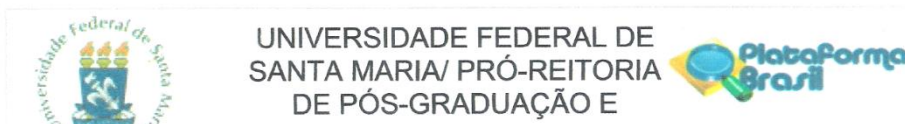
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 941.552

especializado de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, bem como a qualidade de vida/saúde dessas pessoas. É de caráter descritivo, exploratório qualitativo e quantitativo; ocupa-se de sujeitos com LE com idade superior a 18 anos, com residência no município de Santa Maria, que tenham acessado o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Será realizado um levantamento nos prontuários com base em um formulário, os sujeitos com LE serão entrevistados (entrevista semiestruturada) e responderão a dois questionários: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Os familiares dos sujeitos com LE também serão entrevistados (entrevista semiestruturada) e responderão ao WHOQOL. Todas as coletas serão realizadas no período de março de 2015 a abril de 2016.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o acesso de pessoas com lesão encefálica ao cuidado especializado de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, bem como a qualidade de vida/saúde dessas pessoas, na cidade de Santa Maria.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram reavaliados, adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem escrito e apresenta justificativa contundente. Há de se notar o impacto social positivo de seus resultados, mesmo que indiretos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE e o TCF foram modificados e estão adequados.

**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.

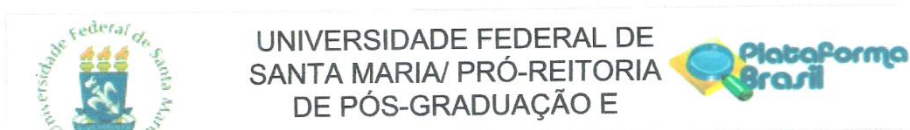
**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970

**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 941.552

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as recomendações foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 29 de Janeiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com