

Avaliação dos serviços descentralizados de reabilitação física direcionados aos portadores de deficiência no Estado de Alagoas

Evaluation of quality of decentralized services of physical rehabilitation directed to the disabled persons in Alagoas State

Clarissa Cotrim dos Anjos¹; Cid André Fidelis de Paula Gomes²; Tony Carlos Silva de Medeiros³; Fernando Sequeira Sousa⁴; Frederico Molina Cohrs⁵; Sandra Adriana Zimpel⁶; Ivan Torres Pisa⁷

¹Fisioterapeuta, Mestranda em Saúde Coletiva – UNIFESP. São Paulo, SP – Brasil e Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. Maceió, AL – Brasil.

²Fisioterapeuta, Mestrando em Ciências da Reabilitação – UNINOVE. São Paulo, SP – Brasil.

³Fisioterapeuta, Pós-graduando em Fisioterapia Hospitalar – CESMAC. Maceió, AL – Brasil.

⁴Informata Biomédico, Mestrando em Informática em Saúde – UNIFESP. São Paulo, SP – Brasil.

⁵Bacharel em Administração e Mestrando em Saúde Coletiva – UNIFESP. São Paulo, SP – Brasil.

⁶Fisioterapeuta, Mestre em Educação em Saúde- UNIFESP. São Paulo, SP – Brasil. Docente do Curso de Fisioterapia – CESMAC e da UNCISAL. Maceió, AL – Brasil.

⁷Doutor em Ciências de Informática em Saúde, Docente do Departamento de Informática em Saúde – UNIFESP. São Paulo, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Clarissa Cotrim dos Anjos
Rua São Francisco de Assis, n 392, E. Porto Fino,
Ap. 702 – Jatiúca
57035-680 – Maceió, AL [Brasil]
clarissa.anjos@oi.com.br

Resumo

Objetivo: Avaliar os serviços descentralizados de reabilitação física direcionados aos portadores de deficiência à luz da portaria GM/MS nº818/2001, considerando-se também a percepção dos profissionais e usuários sobre os referidos serviços. Participaram 5 serviços de reabilitação, 10 profissionais e 42 usuários. **Método:** Utilizou-se um formulário estruturado, contendo 67 itens da portaria, 21 itens foram apontados pelos profissionais e uma pergunta foi realizada aos usuários sobre a qualidade do serviço. Elaborou-se um ranking de classificação entre os serviços de reabilitação. **Resultados:** Verificou-se que 100% dos serviços possuem uma classificação regular considerando a portaria e 80% dos profissionais consideraram o serviço que atuam como regular. A qualidade dos serviços foi “muito boa” na opinião dos usuários. Existe uma relação entre os itens apontados na portaria ministerial e a opinião dos profissionais dos serviços **Conclusão:** A implantação dos serviços de reabilitação física no estado de Alagoas parece ser favorável, em especial na opinião dos usuários.

Descritores: Assistência ao paciente; Avaliação de serviços de saúde; Pessoas com deficiência.

Abstract

Objective: To evaluate the physical rehabilitation of decentralized services targeted to people with disabilities in light of the ordinance GM / MS n ° 818/2001, considering also the perception of professionals and users of those services. 5 attended rehabilitation services, 10 professional and 42 users. **Method:** We used a structured form, containing 67 items of the ordinance, 21 items were raised by professionals and a question was held to users on the quality of serviço. Elaborou is a classification ranking between the departments of rehabilitation. **Results:** It was found that 100% of services have a regular classification considering the ordinance and 80% of the respondents considered the service that act as regular. The quality of services was “very good” in the opinion of the users. Is there a relationship between the items listed by the ministry and opinions of service professionals **Conclusion:** The implementation of physical rehabilitation services in the state of Alagoas seems to be favorable, particularly in view of the users.

Key words: Disabled persons; Health services evaluation; Patient care.

Introdução

A assistência às pessoas portadoras de deficiências (PPDs) sempre apresentou um perfil de precariedade, representando fragilidade, desarticulação e descontinuidade nas ações por parte do Estado. Isto ocorre em razão da maioria das políticas assistenciais estarem estruturadas de forma centralizada, não assistindo a um grande número de PPDs, sobretudo no que tange ao contexto comunitário e domiciliar ^{1,2}.

Mediante essa realidade, estabeleceu-se, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 818/2001, um processo de descentralização nos serviços de reabilitação física, como forma de garantir acesso a um serviço terapêutico de qualidade. Para isso foram criados mecanismos que tem como objetivo organizar e estruturar redes estaduais de assistência às PPDs em todo território nacional ³.

Reforçando esse processo descentralizador, o estado de Alagoas criou e formalizou, em 2001, a Rede Estadual de Assistência ao Portador de Deficiência, por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº 54. Dessa forma, foram estruturados 13 serviços de reabilitação física intermunicipais, 3 serviços de reabilitação física de nível intermediários e 1 serviço de medicina física e reabilitação de alta complexidade, estando, estes, alocados em 5 regiões de saúde do referido estado ^{4,5}.

Diante desse contexto, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é de fundamental importância na busca da qualidade de assistência prestada aos usuários. Todavia, no Brasil, esse fato não ocorre sistematicamente, principalmente quando se trata da avaliação com fundamentação nas normas que os regulamentam e de acordo com a percepção dos usuários e funcionários que compõem a equipe terapêutica ⁶⁻⁸.

Portanto, esse estudo teve como objetivo avaliar os serviços descentralizados de reabilitação física direcionados aos portadores de deficiência à luz da portaria GM/MS nº 818/2001, considerando-se também a percepção dos profissionais e usuários sobre os referidos serviços.

Materiais e métodos

Esse estudo descritivo transversal, com características qualitativas e quantitativas, foi integrado por 5 serviços descentralizados de reabilitação física, 10 profissionais de reabilitação desses serviços (sendo 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 2 fonoaudiólogos e 2 psicólogos), além de 42 usuários, alocados por conveniência nos serviços estudados.

Para a escolha dos serviços de reabilitação física que iriam fazer parte dessa pesquisa, foi realizado um levantamento em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, para identificar os serviços de reabilitação física intermunicipais devidamente cadastrados na rede de assistência ao portador de deficiência física do estado.

Posteriormente, escolheram-se aleatoriamente, por meio de sorteio simples, 5 serviços de reabilitação física, sendo um pertencente a cada uma das cinco regiões de saúde de Alagoas, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização ⁴.

Os serviços participantes dessa pesquisa foram denominados de serviço 01, 02, 03, 04 e 05. Cada serviço escolhido representava sua respectiva região de saúde. Tal medida foi tomada com o objetivo de preservar o anonimato de cada um deles.

Após a escolha dos serviços de reabilitação, foram realizadas visitas entre junho e dezembro de 2008. Para tanto, elaborou-se um formulário de coleta de dados para subsidiar a avaliação dos serviços de reabilitação física, no tocante ao nível de adequação à portaria GM/MS nº 818/2001, à percepção tanto dos profissionais quanto dos usuários dos serviços.

A Portaria GM/MS nº 818/2001 dispõe de itens considerados obrigatórios para um serviço de reabilitação física. Para facilitar a avaliação, os pesquisadores realizaram uma estratificação dos itens apontados na portaria como obrigatórios, resultando em um total de 67 itens.

A percepção dos profissionais e dos usuários dos serviços foi obtida por meio de uma

entrevista com um roteiro pré-determinado, pautada na Portaria GM/MS nº 818/2001, dela participando os que estavam presentes no serviço no momento da visita e aceitaram contribuir com o estudo, assinando assim, o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ressalta-se que, em cada serviço visitado, os pesquisadores tiveram à disposição uma sala, para uso exclusivo, onde se estabeleceram os contatos entre os sujeitos do estudo e os pesquisadores.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente após o término do serviço dos funcionários da equipe de reabilitação, após a realização do tratamento fisioterápico, no caso dos usuários ou seu responsável legal, ou no momento que lhes era mais oportuno. Não existiu limitação de tempo, nem interferência nas respostas dos sujeitos entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas com o aparelho MP3 *Digitais Player Sony*® e, posteriormente, transcritas a fim de possibilitar a leitura minuciosa dos conteúdos sobre a qualidade dos serviços em que atuam ou pelos quais são atendidos, selecionando-se as ideias centrais por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)º.

A partir da seleção das ideias centrais obtidas com as entrevistas dos profissionais, priorizou-se a pergunta sobre o que era um serviço de reabilitação de qualidade. Com esse questionamento, identificaram-se 21 itens necessários para o serviço ser de qualidade. Posteriormente, verificou-se a própria percepção dos profissionais entrevistados sobre o serviço em que atuam em uma nova entrevista.

O passo seguinte foi a elaboração de um *ranking* de classificação, baseando-se no nível de adequação à portaria GM/MS nº 818/2001 e na percepção dos profissionais sobre a qualidade dos serviços em que atuam. O primeiro foi obtido mediante a presença dos itens obrigatórios na portaria e o segundo, por meio da presença dos itens apontados pelos profissionais para que um serviço fosse considerado de qualidade.

Idealizou-se uma pontuação para atribuir aos serviços, sendo a seguinte: (0) ausência, (1) presença parcial e (2) presença completa dos itens. A pontuação máxima possível de ser obtida pelos serviços de reabilitação era de 134 pontos para a adequação da portaria e de 42 pontos para a percepção dos profissionais.

Os parâmetros utilizados, instituídos pelos próprios pesquisadores, para avaliar o nível de adequação da portaria e a percepção dos profissionais sobre a qualidade dos serviços que atuam foram: < 50% (precário); 50% - 75% (regular), 75% - 90% (bom) e > 90% (muito bom).

Os procedimentos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC), sob o parecer nº 411/08 da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) com o Protocolo 818/2008 e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) sob o Protocolo 1013/2008.

Na análise quantitativa dos dados, realizada de forma descritiva simples, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências relativas (%), absolutas (N), médias e desvio-padrão. O processamento dos dados foi realizado pelo *software Epi Info*® for Windows®, versão 6.04. Para a análise qualitativa, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Resultados e discussão

Entre as atividades que os serviços descentralizados de reabilitação física devem desenvolver, destacam-se a prevenção de sequelas, incapacidades e deficiências secundárias; a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor; a realização de visita domiciliar e orientação familiar; preparação para a alta, convívio social e familiar; e fornecer orientação técnica às equipes da Estratégia Saúde da Família (EsSF)³.

Baseando-se nos 67 itens obrigatórios da portaria GM/MS nº 818/2001, verificou-se que os 5 (100%) serviços avaliados atendem entre

50% a 75% dos itens exigidos, sendo enquadrados como de qualidade regular.

Em relação a alguns itens da portaria GM/MS nº 818/2001, no que diz respeito às atividades desenvolvidas, tais como recursos humanos e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, destacam-se os seguintes resultados: 2(40%) serviços realizam atividades em grupo, 2(40%) realizam visita domiciliar, nenhum serviço oferece orientações técnicas às equipes da EsSF, 3(60%) serviços possuem técnicos em reabilitação, nenhum tem acesso aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

A existência de profissionais de nível médio e ou técnicos no desenvolvimento das ações de reabilitação, apontada como legal pela portaria nº 818/2001, representa um conflito com a legislação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Isso porque, o COFFITO, por meio da resolução nº 241, de 23 de Maio de 2002, aponta, no artigo 1º, que é vetada ao portador de certificado de Técnico de Reabilitação e ou Fisioterapia a prática de ato profissional que, por sua natureza metodológica, científica e técnica, esteja caracterizada na sua prescrição e na sua indução terapêutica como ato próprio e privativo de profissional fisioterapeuta¹⁰.

A referida resolução destaca ainda, no seu artigo 3º, que o fisioterapeuta com registro profissional no COFFITO que se associar e ou se acumpliciar com ações indutoras ao exercício ilegal da atividade regulamentada e ou delegar a leigo ato que por sua natureza técnica ou científica seja próprio e privativo de profissional fisioterapeuta na tipicidade do artigo 1º dessa resolução, responderá solidariamente, nos termos da lei, pelas ofensas éticas e legais cometidas e também pelas lesões econômicas e sociais resultantes do ilícito praticado¹⁰.

Em razão do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, regulamentar a Fisioterapia como uma profissão liberal e de nível superior, atribuindo ao fisioterapeuta, em seu artigo 3º, a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e

conservar a capacidade física do paciente¹¹, cabe a cada fisioterapeuta dos serviços de reabilitação física que contam com a presença de técnicos de reabilitação, refletir sobre a postura que está sendo adotada diante da prática ilegal da profissão exercida¹².

Outro aspecto que não foi encontrado em nenhum dos serviços visitados foi o acesso aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, que, de acordo com a portaria em questão, devem ser compreendidos em patologia clínica, radiologia e ultrassonografia³.

A ausência desses serviços, vinculados aos serviços de reabilitação, muitas vezes faz com que o usuário desloque-se até a capital ou outro município, indo de encontro à premissa de que os serviços de reabilitação física devem fornecer um atendimento integral e de qualidade o mais próximo da residência do usuário¹³.

O número médio de pacientes atendidos por dia nos serviços de reabilitação física avaliados chegou a 34 (serviço 1), 106 (serviço 2), 40 (serviço 3), 16 (serviço 4) e 32 (serviço 5). Já o número médio de pacientes atendidos em 1 hora por fisioterapeutas nos serviços avaliados foi de 4,25 (serviço 1), 13,25 (serviço 2), 5 (serviço 3), 2 (serviço 4) e 4 (serviço 5).

De acordo com os resultados acima descritos, verifica-se que, no que se refere ao número de pacientes por dia, apenas o serviço 2 não está de acordo com a portaria GM/MS nº 818/2001, que preconiza para 1 fisioterapeuta uma demanda máxima de 80 pacientes por dia.

Uma vez inserido na equipe interdisciplinar do serviço de reabilitação, o fisioterapeuta é reconhecido como um dos profissionais mais solicitados a prestar a assistência a esses pacientes. No entanto, perde-se qualidade na intervenção quando se fornece um tempo mínimo disponível para o atendimento de um indivíduo.

Todavia, o COFFITO, buscando conciliar o exercício do fisioterapeuta à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), fixou limites de atendimento para clínicas especializadas e ou centro de saúde, por meio do Ofício COFFITO GRAPE nº 07/96, segundo o qual disfunções de-

correntes de neuropatias, cardiopatias, pneumopatias, queimados, doentes grabatários e pré e pós operatório, deve atender, no máximo, 3 pacientes por hora. Já em casos de disfunções decorrentes de patologias traumato-ortopédicas, reumatológicas e vasculares periféricas, deve-se intervir, no máximo, em 5 pacientes por hora ¹⁴.

Em um estudo realizado no município de Londrina, Paraná, com fisioterapeutas atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) local, foi verificado que a média de atendimentos diários individuais de cada profissional se estabeleceu em 17 pacientes, resultando em terapias com duração de 20 a 30 minutos cada ¹⁵. Outros autores alertam ainda para as lesões relacionadas ao trabalho dos profissionais fisioterapeutas e a necessidade de pesquisas e medidas voltadas para essa problemática ^{16,17}.

Como possível solução para aqueles serviços que não realizam um atendimento de qualidade em um tempo satisfatório, ressalta-se a estratégia da utilização de atividades de grupos, fato esse que só foi verificado em 2 (40%) dos serviços avaliados. Essa estratégia pode representar uma maneira de atender a uma demanda que não tem possibilidade de ser atendida individualmente¹⁸.

Verificou-se que os 5 (100%) serviços de reabilitação física participantes dessa pesquisa possuem fisioterapeuta. Ademais, verifica-se a presença de assistente social em 4 (80%) dos serviços, fonoaudiólogo em 3 (60%), terapeuta ocupacional e médico em 2 (40%), psicólogo e enfermeiro em 1 (20%) serviço de reabilitação.

Segundo a percepção dos profissionais, 8 (80%) consideram os serviços em que atuam com uma qualidade regular e 2 (20%) julgam precária sua qualidade.

O item mais citado pelos profissionais para que um serviço de reabilitação pudesse ser considerado de qualidade, segundo as narrativas, foi a necessidade da existência de uma equipe de reabilitação completa, com a presença de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Todavia, apenas 2 (40%) serviços avaliados possuíam uma equipe reabilitacional interdisciplinar completa.

No entanto, a presença da equipe interdisciplinar completa não é exigida pela portaria, que prioriza apenas a existência do profissional fisioterapeuta, médico e assistente social, sendo, estes últimos, não necessariamente exclusivos do serviço, porém, a ele vinculados ³.

O *ranking* de classificação dos serviços em relação ao nível de adequação da portaria e à percepção dos profissionais sobre a qualidade dos serviços em que atuam está disposto na tabela 1. O ideal no que se refere à criação do *ranking* de classificação é que existisse uma relação entre a qualidade preconizada pela portaria ministerial (p1) e a opinião dos profissionais que atuam nos serviços de reabilitação (p2), ou seja, que a diferença entre as posições (p1-p2) seja nula.

Tabela 1: Ranking de classificação dos serviços descentralizados de reabilitação física de Alagoas segundo os critérios de adequação da portaria GM/MS no 818/2001 e a percepção dos profissionais sobre o serviço

Serviço de reabilitação	Ranking de Classificação			
	p1	p2	Dp (p1-p2)	Posição final
Serviço 01	04	03	1	3º lugar
Serviço 02	05	04	1	4º lugar
Serviço 03	03	05	-2	5º lugar
Serviço 04	01	01	0	1º lugar
Serviço 05	02	02	0	2º lugar

P1- posição no *ranking* de adequação da portaria GM/MS no 818/2001; p2- posição no *ranking* da percepção dos profissionais; Dp- distância entre as posições.

Os resultados encontrados na elaboração do *ranking* de classificação corroboram com os dados encontrados em relação ao número de pacientes atendidos por dia e por hora.

Vale destacar que o serviço 3, apesar de atender aos itens da portaria, não é considerado pelos profissionais como um serviço que ofereça atendimento de qualidade à população. Isso pode ser em decorrência dos seguintes fatos, apontados pelos próprios profissionais: falta de uma equipe de reabilitação interdisciplinar, recursos insuficientes para atender a demanda de

pacientes, infraestrutura do serviço e remuneração inadequados.

Todavia, o mais preocupante é o resultado encontrado no serviço 2, isso porque não atende as normas mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, o que pode fazer com que os usuários não estejam tendo uma boa resolutividade para seu estado de saúde.

Com relação aos usuários do sistema, foram entrevistados 42 sujeitos nos 5 serviços de reabilitação física, cujas narrativas acerca da qualidade do serviço prestado foram transcritas e analisadas, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2: Ideia central referente à percepção dos usuários sobre a qualidade do serviço de reabilitação física descentralizados do estado de Alagoas, de acordo com aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
É muito boa	Está sendo muito bom porque eu faço a Fisioterapia e a dor no braço já aliviou. Aqui é bom porque eu espero um pouquinho, uns cinco minutinhos e já sou atendida. Eu gosto muito daqui porque as profissionais não têm mau humor com ninguém, a doutora é maravilhosa, só a alegria dela é a cura da gente. As pessoas que atendem são prestativas, educadas, atenciosas, carinhosas, têm muito amor com os pacientes e com suas famílias. Eu acho aqui muito bom, porque ele já está bem melhor. Para mim, é tudo de bom porque eu cheguei aqui com ele molinho e hoje ele já consegue fazer muita coisa, foi uma vitória.

Observou-se, pela análise do discurso dos usuários, que, de acordo com sua percepção, a qualidade dos serviços relaciona-se principalmente com a aceitabilidade do paciente (preferências do paciente no que concerne à acessibilidade, relação terapeuta-paciente e melhoras obtidas com o tratamento), eficácia (capacidade do cuidado assumido em sua forma perfei-

ta contribuir para a melhoria das condições de saúde) e a equidade e satisfação (igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde enquanto resultado esperado)¹⁹.

A aceitabilidade relaciona-se diretamente com as expectativas e satisfações dos usuários, em um processo compreendido desde a entrada até a saída da unidade de saúde²⁰. Esse fato pode ser observado nos seguintes discursos dos usuários: “não tem mau humor com ninguém”, “só a alegria dela é a cura da gente”, “são prestativas, educadas, atenciosas, carinhosas, têm muito amor”.

Outro ponto importante a ser destacado é a questão referente ao tempo de espera para receber o atendimento. Isso faz com que o usuário fique satisfeito com o serviço que está sendo ofertado, em especial quando esse tempo é inferior a 30 minutos²¹.

Apesar das dificuldades em desempenhar o funcionamento, os serviços de reabilitação física avaliados, na opinião dos usuários, estão conseguindo apresentar eficácia no tratamento proposto. O estudo de satisfação é o mais importante objetivo da análise do cuidado médico, sendo um indicador, apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde²². Além disso, ao identificar a satisfação dos usuários, é possível contribuir tanto para esfera administrativa do serviço quanto também para avaliar a estrutura, o processo e os resultados alcançados^{23,24}. Outra questão que deve ser considerada ao se analisar a opinião dos usuários, diz respeito à relação entre as características da população avaliada (como idade, escolaridade, classe social e condição da saúde) com a reputação positiva ou negativa de um serviço de saúde²⁵.

Conclusão

Os resultados dessa pesquisa apontam que os serviços de reabilitação física descentralizados de Alagoas apresentam uma qualidade regular em relação à adequação da portaria GM/MS nº 818/2001 e à percepção dos profissionais

que neles atuam. Já para os usuários, a qualidade desses serviços é apontada como “muito boa”.

Constatou-se também que os esforços dispensados com a implantação dos serviços de reabilitação física em Alagoas estão sendo favoráveis, em especial aos usuários. No entanto, observa-se que muito ainda deve ser realizado para atender a todas as exigências da portaria, bem como dos profissionais.

Referências

1. Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde;2008.
2. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*.2008;24 (8):1773-82.
3. Brasil.Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 818, de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Brasília;2001.
4. Alagoas.Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Resolução do Conselho Intergestores Bipartite nº 45. Aprova o Plano Diretor de Regionalização de Alagoas.Alagoas;2001.
5. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Resolução do Conselho Intergestores Bipartite nº 54. Aprova, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Alagoas, a Rede de Assistência ao Portador de Deficiência Física de Alagoas. Alagoas;2001.
6. Aragão FA, Navarro FM, Volpi FS, Nakayama GK, Bertolini GRF. Avaliação do processo de reabilitação de pacientes do setor de Fisioterapia neurológica da UNIOESTE. *Varia Scientia*. 2005;5 (10):11-21.
7. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*.2006;22 (6):1267-76.
8. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 (sup 2):S310-21.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Desdobramentos*. Caxias do Sul (RS): Editora Universidade de Caxias do Sul;2003.
10. Brasil.Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 241, de 23 de Maio de 2002. Dispõe sobre o exercício ilegal de atividade regulamentada por portadores de certificados de técnico em reabilitação e/ou Fisioterapia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (5 dez. 2002);Sec 1:156.
11. Brasil. Decreto-Lei Nº 938, de 13 de Outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília; 1969.
12. Lucas RWC. Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna. *Conhecimento Interativo*.2005;1 (1):89-97.
13. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*.1997;13 (3):469-78.
14. Brasil.Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Ofício COFFITO GAPRE nº 07/96. São Paulo (26 fev. 1996).
15. Trelha CS, Silva SW, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço Saúde*.2007;8 (2):20-5.
16. Carregaro RL, Trelha CS, Mastelari HJZ. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas: revisão da literatura. *Fisioter Pesqui*.2006;13 (1):53-9.
17. Striebel VLW. Avaliação da percepção da carga de trabalho em fisioterapeutas em atividade de reabilitação de pacientes neurológicos. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2003.
18. Ribeiro KSQ. A atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioter Bras*. 2002;3 (5):311-8.
19. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública*.1997;31 (3):288-95.
20. Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e a satisfação do usuário. *Cad FUNDAP*.1996;19:60-78.
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde;2002.

22. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114 (11):1115-8.
23. Mendonça KMPP, Guerra RO. Development and validation of an instrument for measuring patient satisfaction with Physical Therapy. Rev Bras Fisioter.2007;11 (5):369-76.
24. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. Rev Bras Fisioter.2008;12 (5):401-8.
25. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saúde.2008;17 (4):247-57.