

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

MONIA APARECIDA ROCHA NOGUEIRA

**DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE PERFORMANCE DE UM
SERVIÇO AMBULATORIAL DE FISIOTERAPIA, E DESENVOLVIMENTO DE UMA
ESCALA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO UTILIZANDO
METODOLOGIA DELPHI**

Sete Lagoas/MG
2023

MONIA APARECIDA ROCHA NOGUEIRA

**DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE PERFORMANCE DE UM
SERVIÇO AMBULATORIAL DE FISIOTERAPIA, E DESENVOLVIMENTO DE UMA
ESCALA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO UTILIZANDO
METODOLOGIA DELPHI**

Projeto de pesquisa apresentado como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em “Fisioterapia” da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.
Orientador: Prof. Guilherme Augusto Santos Araujo

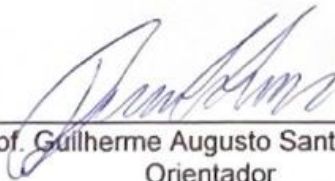
Sete Lagoas/MG
2023

MONIA APARECIDA ROCHA NOGUEIRA

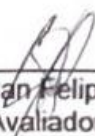
**DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE PERFORMANCE DE UM
SERVIÇO AMBULATORIAL DE FISIOTERAPIA, E DESENVOLVIMENTO DE UMA
ESCALA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO UTILIZANDO
METODOLOGIA DELPHI**

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em "Fisioterapia" da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em 12 de dezembro de 2023.



Prof. Guilherme Augusto Santos Araujo
Orientador
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE



Luan Felipe Siqueira
Avaliador Externo
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 12 de dezembro de 2023.

Dedicado ao meu Pai Antônio João Souza Nogueira.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos, sendo o maior Mestre que alguém pode conhecer.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradeço a minha mãe Creuza, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai que apesar de ser uma estrelinha no céu me fortaleceu de lá.

Obrigada a minha irmã e sobrinho, que nos momentos da minha ausência, dedicados ao estudo, sempre me fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Obrigada ao meu cunhado Allan, você também faz parte da minha jornada durante todo esse processo.

Meus agradecimentos aos amigos, companheiros da Reside Acabamentos, irmãos na amizade, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Agradeço a todos, parentes e amigos que me incentivaram e fizeram chegar à conclusão do meu sonho e começo de uma nova carreira.

Quero agradecer a todos os professores, especialmente ao meu orientador de TCC, Guilherme Araujo. Obrigado mestre por me exigir mais do que eu acreditava que seria capaz de realizar. Declaro aqui minha eterna gratidão pelo compartilhamento de seu conhecimento e tempo (pelas madrugadas a fora), bem como sua amizade.

Quero agradecer aos participantes da pesquisa, por dedicação e compreensão durante todo o processo.

Quero agradecer a minha noiva Jessica Maia pelo apoio, força, amor e assistência inabalável. Obrigado por todos os conselhos, bem como palavras motivacionais e puxões de orelha. Obrigado por sua gentileza e compreensão mesmo com minha ausência em diferentes momentos. Obrigada meu Amor.

Este TCC também é de vocês!

RESUMO

A performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia deve ser monitorada, afim de manter ou aprimorar sua qualidade, bem como a experiência dos usuários com o mesmo, podendo este monitoramento ser alicerçado na perspectiva do paciente, nos fatores ambientais e na abordagem terapêutica. O objetivo deste trabalho, é conduzir uma pesquisa, com o intuito de identificar os principais indicadores de avaliação de performance na abordagem ambulatorial de pacientes de fisioterapia, bem como desenvolver, utilizando metodologia Delphi, uma ferramenta própria para avaliação do desempenho da clínica escola de fisioterapia da faculdade de sete lagoas. O método Delphi visa obter consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, sendo um método acessível com poucos gastos, permitindo acesso a um painel de especialistas, mesmo que estes estejam geograficamente distantes, sendo um processo estruturado onde eles respondem uma série de questionários ou 'rodadas' para coletar informações acerca de um determinado tema. Indicadores de performance de um serviço de saúde, são ferramentas que permitem medir situações específicas, avaliar o impacto das ações ou serviços realizados por meio de seus resultados. Esses indicadores, desempenham um papel fundamental ao constituírem um pacote de informações que direcionam a abordagem terapêutica, a um resultado pautado pela qualidade da assistência de um serviço ambulatorial. A pesquisa foi realiza com 20 participantes, que foram expostos e quatro rodadas. Foram definidos vinte três indicadores, resultando na elaboração da Escala de Monitoramento Ambulatorial – MONIsa. Essa escala defini os principais indicadores de performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia nestas três dimensões (PACIENTE/AMBIENTE/ABORDAGEM TERAPÊUTICA). Essa proposta final do instrumento de análise, recomenda se que todas as informações levantadas nos serviços ambulatoriais sejam utilizadas para a produção de relatório de avaliação e monitoramento.

Palavras-chave: Indicadores. Performance. Avaliação de pesquisa em saúde. Monitorização Ambulatorial.

ABSTRACT

The performance of an outpatient physiotherapy service must be monitored in order to maintain or improve its quality, as well as the users' experience with it, and this monitoring can be based on the patient's perspective, environmental factors and therapeutic approach. The objective of this work is to carry out research, with the aim of identifying the main performance assessment indicators in the outpatient approach to physiotherapy patients, as well as developing, through the Delphi methodology, a performance assessment tool for the physiotherapy school clinic of faculty from Sete Lagoas - MG. The Delphi method aims to obtain consensus from a group of experts on a given topic, being an accessible method that requires little expense, allowing access to a panel of experts, even if they are geographically distant. It is a structured process where experts respond to a series of questionnaires or "rounds" to collect information on a given topic. The performance indicators of a health service are tools that allow measuring specific situations and evaluating the impact of actions or services carried out through their results. These indicators play a fundamental role in creating a package of information that directs the therapeutic approach, towards a result based on the quality of care in an outpatient service. The research was carried out with 20 participants, who were exposed in four rounds. Were defined 23 indicators were defined, resulting in the creation of the Outpatient Monitoring Scale – MONIsa. This scale defines the main performance indicators of an outpatient physiotherapy service in these three dimensions (PATIENT/ENVIRONMENT/THERAPEUTIC APPROACH). This final proposal for an analysis instrument recommends that all information collected in outpatient services be used to produce an evaluation and monitoring report.

Keywords: Indicators. Performance. Health Research Evaluation. Monitoring, Ambulatory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	- Indicadores	17
Tabela 2	- Resultados Rodada 1 - Perspectiva do Paciente.....	18
Tabela 3	- Resultados Rodada 1 - Perspectiva do Ambiente.....	19
Tabela 4	- Resultados Rodada 1 - Perspectiva da Abordagem Terapêutica	19
Tabela 5	- Resultados Rodada 2.....	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. METODOLOGIA	14
3.1. SELEÇÃO E CONTATO DO GRUPO DE ESPECIALISTAS	14
3.2. QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA OS ESPECIALISTAS	14
3.3. CONSENTIMENTO INFORMAL	14
3.4. ANÁLISE E REFINAMENTO DO QUESTIONÁRIO	15
3.5. COLETA DE DADOS	15
3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	16
3.7. DIVULGAÇÃO DOS DADOS	17
3.8. HIPÓTESE DO ESTUDO	17
4. ORÇAMENTO	17
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSSÃO	23
7. CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE A – MONIsa.....	28
APÊNDICE B – Lista de Participantes	33

1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No ano de 2020, a pandemia ocasionada pela disseminação de Corona Vírus (COVID-19) resultou em interrupção das atividades em todo mundo. Os indivíduos acometidos por essa doença, apresentaram uma série de complicações de saúde, tendo a insuficiência respiratória como uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Para lidar com essa condição em ambiente hospitalar, bem como em ambiente ambulatorial ou domiciliar, no período pós internação, técnicas da fisioterapia respiratória foram amplamente empregadas, com o objetivo de promover a função pulmonar e minimizar a repercussão dos danos estruturais na saúde respiratória, conforme orientações da organização mundial de saúde (OMS). Nesse contexto, os fisioterapeutas empregaram técnicas de treinamento muscular respiratório (SANTOS *et al.*, 2014) a fim de promover melhorias na funcionalidade pulmonar e na qualidade de vida dos pacientes. A ocorrência da pandemia, acarretou uma série de demandas específicas que exigiram dos profissionais da fisioterapia uma ampla experiência. Conseqüentemente observou-se a necessidade de treinamento especializado para aprimorar a qualidade dos serviços e o atendimento prestado aos indivíduos afetados (Auwal A., 2020).

Durante o período desta Pandemia, os fisioterapeutas desempenharam um papel fundamental, atuaram na linha de frente, destacando a importância da fisioterapia não apenas no âmbito hospitalar, mas como uma assistência direcionada à prevenção, com orientações, promoção e recuperação de saúde desde a chegada do paciente ao hospital a se estender até à reabilitação ambulatorial (Calvalcante, 2021).

Assim os fisioterapeutas demonstram sua autonomia e competência para executar diversas atividades como: avaliar, orientar, estabelecer diagnósticos fisioterapêuticos, programar e planejar ações preventivas e gerenciamento de serviços de saúde (Lucy M. B. *et al.*, 2009).

As contribuições que estes profissionais podem promover para a população são inúmeras, destacando-se como um profissional generalista, sendo capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, não somente restrito às ações curativas e

reabilitadoras, mas agindo em programas de prevenção e promoção da saúde (Deliberato P. C. P., 2002).

A consulta fisioterapêutica, tem como objetivo, fornecer assistência individual e coletiva, apoiada preferencialmente na Prática Baseada em Evidências (PBE) na qual o profissional integra as melhores evidências de pesquisa disponíveis com sua experiência clínica e as preferências do paciente. Esse processo resulta em um atendimento adequado e eficaz, que está alinhado com pesquisas e achados clínicos mais recentes (Sackett D. *et al.*, 2000).

Esse processo se inicia com a avaliação do paciente, sendo necessário um conhecimento da anatomia funcional, uma anamnese coerente, bem como a seleção correta dos testes e medidas a serem coletadas, para a compreensão da disfunção e diagnóstico cinético funcional do paciente como discutido por Susan B. O'Sullivan e colaboradores (2014). A análise minuciosa e a formulação de um raciocínio clínico são de extrema importância para garantir um tratamento fisioterapêutico assertivo (David J. Magee, 2009).

Formatar um raciocínio clínico, requer do fisioterapeuta uma ampla habilidade cognitiva de processamento de informações, uma mentalização de todos os achados da anamnese, observação e análise de exames que permitem ao mesmo, elaborar sua tomada de decisão clínica. Esse processo deve sempre respeitar a opinião do paciente, levando em consideração suas metas (Jules M. Rothstein *et al*, 2003).

A partir do conhecimento adquirido, uma avaliação fisioterapêutica abrangente e o raciocínio clínico assertivo, o fisioterapeuta traça um plano de tratamento, embasado em teorias, desenvolvendo diferentes estratégias de intervenção com o objetivo de alcançar resultados positivos (Binkley J. M., *et al*, 1999). Nogueira RP (1994), ressalta a relevância da decisão centrada nos desfechos almejados na prática clínica fisioterapêutica, embasada em um tratamento efetivo e de qualidade.

A construção de um instrumento de acompanhamento da efetividade do tratamento, constitui um desafio complexo, uma vez que a avaliação do processo terapêutico, se distingue do acompanhamento de um cronograma de resultados.

É fundamental compreender a diferença entre esses dois conceitos: enquanto o acompanhamento de um cronograma de resultados se refere à verificação do

cumprimento das etapas planejadas, a avaliação do processo terapêutico, visa examinar a efetividade das intervenções e seu impacto no paciente, portanto é necessário criar indicadores e/ou aperfeiçoar os já existentes.

Indicadores de performance de um serviço de saúde, são ferramentas que permitem medir situações específicas, avaliar o impacto das ações ou serviços realizados por meio de seus resultados. A criação de indicadores de performance, requer a aplicação de metodologias específicas, com o objetivo de garantir a validade e a confiabilidade das medidas obtidas. Essas considerações são discutidas por Cavalheiro *et al.* (2015), ressaltando a importância da utilização de tais indicadores, que sejam sensíveis e confiáveis para acompanhar a efetividade do tratamento fisioterapêutico.

Na fisioterapia, observa-se uma escassez de indicadores de performance, elaborados e amplamente divulgados. Esses indicadores, desempenham um papel fundamental ao constituírem um pacote de informações que direcionam a abordagem terapêutica, a um resultado pautado pela qualidade da assistência de um serviço ambulatorial. Para tal avaliação, são necessários inquéritos, gráficos e métricas que possam ser utilizados para medir e analisar a performance do serviço (Cavalheiro. *et al*, 2015).

Durante a última década, houve um progresso significativo no campo do desenvolvimento e da aplicação de indicadores de performance, também referidos como indicadores de desempenho ou medidas de qualidade. Essa evolução foi impulsionada principalmente pela disponibilidade de bancos de dados administrativos e clínicos, bem como pelo desejo de tornar esses dados disponíveis publicamente (Majeed F. A. *et al*, 1995).

Existem diferentes métodos científicos para construção de consensos que podem auxiliar no desenvolvimento de ferramentas de análise de performance, sendo um deles, o método Delphi. Este método visa obter consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema. É um processo estruturado onde especialistas respondem uma série de questionários ou 'rodadas' para coletar informações acerca de um determinado tema (Hasson F, 2000).

Esse método é acessível e requer poucos gastos, permitindo acesso a um painel de especialistas, mesmo que estes estejam geograficamente distantes. Os questionários podem ser encaminhados por meio de correspondências eletrônicas, demonstrando a facilidade do processo (Hasson F, 2000).

Os indicadores de qualidade podem auxiliar na mensuração sistemática da performance dos possíveis tratamentos de um serviço de saúde. Ajudando a avaliar a eficácia e efetividade deste, além de permitir a implementação assertiva de medidas de desenvolvimento do serviço. O objetivo deste trabalho, é conduzir uma pesquisa, com o intuito de identificar as principais ferramentas de avaliação de desempenho de abordagem ambulatorial de pacientes de fisioterapia, bem como desenvolver, utilizando metodologia Delphi, uma ferramenta própria para avaliação do desempenho da clínica escola de fisioterapia da faculdade de sete lagoas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver um conceito a respeito dos principais indicadores de performance, para um serviço ambulatorial de fisioterapia e desenvolvimento de uma escala de monitoramento, utilizando a Metodologia Delphi.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar formas de mensurar a performance de um serviço de fisioterapia;
- Estruturar as perguntas para o questionário da primeira rodada de acordo com a metodologia Delphi;
- Analisar as respostas de cada rodada de perguntas e formular a próxima etapa;
- Estabelecer indicadores de performance para serviços de fisioterapia;
- Desenvolver uma ferramenta própria para avaliação e monitoramento da performance do serviço de fisioterapia ambulatorial da faculdade de Sete Lagoas;

3. METODOLOGIA

Para a elaboração do conceito acerca de indicadores de performance de serviços clínicos de fisioterapia, foi conduzido uma pesquisa qualitativa utilizando o método Delphi convencional (Hasson F, 2000). O objetivo foi estabelecer um processo de comunicação entre um grupo de especialistas geograficamente separados, resultando análise abrangente dos aspectos mais relevantes relacionados à performance de um serviço clínico de fisioterapia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFEMM – Centro Universitário de Sete Lagoas (CAAE 74259123.1.0000.8164).

3.1. SELEÇÃO E CONTATO DO GRUPO DE ESPECIALISTAS

Foram selecionados, especialistas de diferentes localidades do estado de Minas Gerais, por conveniência. Com base nas sugestões dos participantes durante a primeira rodada, especialistas adicionais ponderam ser contatados. Um painel heterogêneo composto por 20 especialistas, incluindo pesquisadores, professores e coordenadores do curso de fisioterapia, profissionais de saúde e pacientes, que aceitaram o convite por e-mail, foi formado, seguindo as orientações de Hasson F, 2000.

3.2. QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA OS ESPECIALISTAS

Cada especialista recebeu um questionário eletrônico contendo perguntas relacionadas à análise da performance dos serviços de fisioterapia, onde estão inseridos.

3.3. CONSENTIMENTO INFORMAL

Um termo de consentimento informal será aplicado em cada rodada de questionamento.

3.4. ANÁLISE E REFINAMENTO DO QUESTIONÁRIO

As respostas ao questionário foram analisadas e o mesmo foi refinado com base nas orientações dos especialistas. Quatro rodadas de questionários foram conduzidas antes do desenvolvimento da escala de medida clínica da performance dos serviços ambulatoriais de fisioterapia.

3.5. COLETA DE DADOS

a) Rodada 1.

Primeiro, características da análise da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia, foram apresentados aos especialistas. Foi solicitado aos participantes que classifiquem cada item usando as escalas Likert de 11 pontos (0 a 10), onde 0 significa "Inadequado para a definição da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia" e 10 significa "Adequado para a definição da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia". Os especialistas também foram convidados a enviar elementos adicionais que considerassem importantes.

b) Rodada 2.

Estatísticas descritivas dos resultados da Rodada 1 foram estabelecidas. Os itens foram então classificados em "provisoriamente incluídos" ou "excluídos provisoriamente", dependendo de atingirem o limiar de classificação definido a priori de 7/10 para a avaliação da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia. Esse limite foi estabelecido, para que apenas as características mais importantes fossem quantificadas dentro da escala. Os membros do painel receberam a média e o desvio padrão obtidos durante a Rodada 1 para todos os itens e foram questionados se concordavam em incluir os itens que atingiram o limite de classificação e excluir aqueles que não o fizeram. Com base no limiar do acordo a priori, os elementos que foram provisoriamente classificados como incluídos precisavam ser incluídos em 67%, e os elementos que foram excluídos provisoriamente, precisavam de 67% de desacordo para serem reenviados na próxima rodada. Os especialistas também foram convidados a comentar sua posição em cada elemento classificado.

c) Rodada 3.

Com base nos resultados das duas primeiras rodadas, um conceito sobre os principais aspectos da performance dos serviços ambulatoriais de fisioterapia acordados pelo painel de especialistas foi definida. Além disso, a equipe de pesquisa realizou uma revisão abrangente da literatura e analisou a relevância das características clínicas dos aspectos relacionados à performance dos serviços ambulatoriais de fisioterapia, o que permitiu na construção da escala de classificação para as características que foram julgadas pelo painel como importantes a serem incluídas na escala. O objetivo dessa escala é se tornar uma ferramenta própria para avaliação e monitoramento da performance do serviço de fisioterapia ambulatorial da faculdade de Sete Lagoas. Na Rodada 3, foi perguntado aos participantes se eles concordavam ou não com a definição sugerida e o uso de termos específicos, que irão fazer parte da escala. Os participantes foram incentivados a comentar sobre as definições e a escala para que pudessem ser aprimorados e reenviados para acordo na Rodada 4.

d) Rodada 4.

Na rodada final, foi solicitado a opinião do painel sobre pequenas alterações feitas na escala de classificação. Além disso, foi solicitado aos participantes que sua permissão para menção fosse reconhecida neste artigo. Foi mencionado aos especialistas que não concordassem com a definição de consenso que sua opinião seria declarada no artigo e que sua contribuição não representaria endosso à esta escala.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para as rodadas 1 e 2 da pesquisa Delphi, foram realizadas análises descritivas de média e desvio padrão, dos resultados da escala Likert de 11 pontos. As taxas de concordância dos membros do painel de especialistas, foram expressos em porcentagem.

3.7. DIVULGAÇÃO DOS DADOS

O presente estudo não possui cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, e após sua finalização os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e/ou publicadas em revistas científicas. Todos os resultados obtidos no estudo tornar-se-ão públicos, independentemente de serem eles favoráveis ou não.

3.8. HIPÓTESE DO ESTUDO

A hipótese do presente estudo era de que a elaboração de uma ferramenta de avaliação e monitoramento da performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia, desenvolvido a partir de um consenso entre especialistas, pode contribuir para a avaliação sistemática e objetiva, da performance das ações desenvolvidas na clínica escola da Faculdade de Sete Lagoas FACSETE, bem como apoiar o ensino e a formação dos discentes de fisioterapia da instituição.

4. ORÇAMENTO

O desenvolvimento deste estudo contou com o recurso humano e custos financeiros arcados pelos autores.

5. RESULTADOS

A Rodada 1 consistiu na avaliação de pontos subjetivos com indicadores categorizadas a partir de perspectivas distintas: a do paciente, a do ambiente e a da abordagem terapêutica. Cada uma dessas perspectivas continha oito indicadores onde era necessário o participante atribuir uma nota de (0 a 10) onde 0 significava "Inadequado para a definição da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia" e 10 significava "Adequado para a definição da performance de serviços

ambulatoriais de fisioterapia”, de acordo com a escala de likert. A tabela 1 apresenta os indicadores categorizadas a partir das perspectivas.

Tabela 1 - Indicadores

INDICADORES NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

- 1.Taxa de satisfação dos Pacientes em relação a qualidade do atendimento;
- 2.Tempo de espera médio para agendamento de primeira consulta;
- 3.Tempo de espera médio para início do atendimento;
- 4.Tempo médio para recuperação da funcionalidade do paciente;
- 5.Taxa de recorrência da condição de saúde apresentada por um mesmo paciente;
- 6.Taxa de adesão dos pacientes ao tratamento;
- 7.Atenção às preferências do paciente durante a tomada de decisão clínica;
- 8.Humanização do atendimento;

INDICADORES NA PERSPECTIVA DO AMBIENTE

- 1.Acessibilidade a clínica;
- 2.Número de consultas por semana;
- 3.Qualidade do atendimento na recepção;
- 4.Mobiliário disponível para o terapeuta e paciente;
- 5.Disponibilidade de insumos para a realização dos atendimentos;
- 6.Disponibilidade de recursos facilitadores de desempenho do paciente;
- 7.Consonância do armazenamento dos dados do paciente, com a lei geral de proteção de dados;
- 8.Material Educativo disposto nas dependências (folder, vídeos, cartilhas);

INDICADORES NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

- 1.Consonância do tratamento com as Práticas Baseadas em Evidências;
- 2.Abordagem do paciente a partir do modelo de reabilitação biopsicossocial;
- 3.Utilização de diretrizes clínicas nacionais ou internacionais no acompanhamento do tratamento;
- 4.Elaboração de diagnóstico cinético funcional;

- 5.Utilização de instrumentos válidos e confiáveis para o acompanhamento da condição de saúde do paciente;
- 6.Adequação do custo financeiro do atendimento com a realidade do público alvo;
- 7.Trabalho de referência e contrarreferência com outros serviços e profissionais;
- 8.Estabelecimento de metas e planejamento de reavaliação durante o atendimento para mensurar progressão do tratamento;

Os 20 participantes receberam o link de acesso ao formulário por e-mail, onde tiveram sete dias para responderem e obtiveram uma média de dez minutos cada. Nessa primeira rodada não obtivemos nenhuma desistência sendo coletado as respostas de todos participantes.

Os dados foram analisados obtendo a média e desvio padrão de cada indicador. Foi salientado por um participante que na perspectiva do paciente (Tabela 2) o indicador “taxa de adesão dos pacientes ao tratamento” contemplaria também a assiduidade do paciente, como se refere a adesão e assiduidade o indicador contempla as duas perspectivas. Também observado na perspectiva da abordagem terapêutica (Tabela 4) o indicador “elaboração de diagnóstico cinético funcional” a troca do termo “cinético funcional” para “fisioterapêutico” sendo muito bem observado pois realmente remete melhor a abordagem fisioterapêutica.

Tabela 2 - Resultados Rodada 1 - Perspectiva do Paciente

INDICADORES SOB PERSPECTIVA DO PACIENTE	MÉDIA	DP
1.Taxa de satisfação dos Pacientes em relação a qualidade do atendimento;	9,3	1,26
2.Tempo de espera médio para agendamento de primeira consulta;	7,6	2,93
3.Tempo de espera médio para início do atendimento;	8,3	2,30
4.Tempo médio para recuperação da funcionalidade do paciente;	8,4	1,47
5.Taxa de recorrência da condição de saúde apresentada por um mesmo paciente;	6,8	2,90
6.Taxa de adesão dos pacientes ao tratamento;	8,3	2,43
7.Atenção às preferências do paciente durante a tomada de decisão clínica;	8,2	2,23
8.Humanização do atendimento;	9,7	0,67

Os valores estão representados em média e desvio padrão (DP).

Tabela 3 - Resultados Rodada 1 - Perspectiva do Ambiente

INDICADORES SOB PERSPECTIVA DO AMBIENTE	MÉDIA	DP
1.Acessibilidade a clínica;	9,5	0,94
2.Número de consultas por semana;	9,1	1,37
3.Qualidade do atendimento na recepção;	9,1	1,29
4.Mobiliário disponível para o terapeuta e paciente;	9,1	1,28
5.Disponibilidade de insumos para a realização dos atendimentos;	9,0	1,08
6.Disponibilidade de recursos facilitadores de desempenho do paciente;	8,8	1,36
7.Consonância do armazenamento dos dados do paciente, com a lei geral de proteção de dados;	9,1	1,47
8.Material Educativo disposto nas dependências (folder, vídeos, cartilhas);	7,1	2,49

Os valores estão representados em média e desvio padrão (DP).

Tabela 4 - Resultados Rodada 1 - Perspectiva da Abordagem Terapêutica

INDICADORES SOB PERSPECTIVA DO ABORDAGEM TERAPÊUTICA	MÉDIA	DP
1.Consonância do tratamento com as Práticas Baseadas em Evidências;	9,5	1,00
2.Abordagem do paciente a partir do modelo de reabilitação biopsicossocial;	9,2	1,32
3.Utilização de diretrizes clínicas nacionais ou internacionais no acompanhamento do tratamento;	9,2	1,24
4.Elaboração de diagnóstico cinético funcional;	9,4	0,93
5.Utilização de instrumentos válidos e confiáveis para o acompanhamento da condição de saúde do paciente;	9,1	1,36
6.Adequação do custo financeiro do atendimento com a realidade do público-alvo;	8,3	1,55
7.Trabalho de referência e contrarreferência com outros serviços e profissionais;	8,5	1,73
8.Estabelecimento de metas e planejamento de reavaliação durante o atendimento para mensurar progressão do tratamento;	9,2	0,95

Os valores estão representados em média e desvio padrão (DP).

Na Rodada 2 foram avaliados os resultados da Rodada 1, na qual os componentes foram classificados como "provisoriamente incluídos" ou "excluídos

provisoriamente" com base na porcentagem adquirida na classificação determinada a priori de 7/10 pontos da Rodada 1, para sua relevância em relação à performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia. Este limite foi estabelecido para garantir que apenas as características mais importantes forem incluídas na escala. Os participantes foram convidados a analisar se concorda ou discorda em incluir os itens que atingiram o limite de classificação (ou seja, aqueles que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7/10). Além disso, para os itens que foram classificados como "excluídos provisoriamente" também foi necessário a analisar se concorda ou discorda em excluir aqueles que não atingiram o limite de classificação.

O indicador "taxa de recorrência da condição de saúde apresentada por um mesmo paciente" foi o único que obteve nota abaixo da média estabelecida, sendo ele incluído na classificação "excluídos provisoriamente". Todos os outros indicadores foram incluídos na classificação "provisoriamente incluídos".

Os 20 participantes receberam um novo link de acesso ao formulário por e-mail, onde tiveram sete dias para responderem e obtiveram uma média de seis minutos cada. Nessa segunda rodada não obtivemos nenhuma desistência sendo coletado as respostas de todos participantes. Os dados foram analisados e com base no limiar do acordo a priori, os elementos que foram provisoriamente classificados como incluídos ou excluídos precisaram ser incluídos com 67%.

Na Tabela 5, está descrito as porcentagens que cada indicador obteve, demonstrando que todos os que foram "provisoriamente incluídos" obtiveram nota maior que 67% sendo todos estes os indicadores incluídos na escala, e o que foi "excluídos provisoriamente" obteve nota superior a 67% de acordo com a exclusão desse indicador da escala.

Tabela 5 - Resultados da Rodada 2

INDICADORES - PROVISORIAMENTE INCLUIDOS	%
1 Taxa de satisfação dos Pacientes em relação a qualidade do atendimento;	95
2 Tempo de espera médio para agendamento de primeira consulta;	100
3 Tempo de espera médio para início do atendimento;	100
4 Tempo médio para recuperação da funcionalidade do paciente;	95
5 Taxa de adesão dos pacientes ao tratamento;	90
6 Atenção às preferências do paciente durante a tomada de decisão clínica;	90

7	Humanização do atendimento;	100
8	Acessibilidade a clínica;	95
9	Número de consultas por semana;	95
10	Qualidade do atendimento na recepção;	100
11	Mobiliário disponível para o terapeuta e paciente;	100
12	Disponibilidade de insumos para a realização dos atendimentos;	100
13	Disponibilidade de recursos facilitadores de desempenho do paciente;	100
14	Consonância do armazenamento dos dados do paciente, com a lei geral de proteção de dados;	100
15	Material Educativo disposto nas dependências (folder, vídeos, cartilhas);	75
16	Consonância do tratamento com as Práticas Baseadas em Evidências;	100
17	Abordagem do paciente a partir do modelo de reabilitação biopsicossocial;	100
18	Utilização de diretrizes clínicas nacionais ou internacionais no acompanhamento do tratamento;	95
19	Elaboração de diagnóstico fisioterapêutico;	100
20	Utilização de instrumentos válidos e confiáveis para o acompanhamento da condição de saúde do paciente;	95
21	Adequação do custo financeiro do atendimento com a realidade do público-alvo;	95
22	Trabalho de referência e contrarreferência com outros serviços e profissionais;	85
23	Estabelecimento de metas e planejamento de reavaliação durante o atendimento para mensurar progressão do tratamento;	95

INDICADORES - EXCLUIDOS PROVISORIAMENTE	%
--	----------

1	Taxa de recorrência da condição de saúde apresentada por um mesmo paciente;	85
---	---	----

O percentual (%) dos indicadores e apresentado.

Na Rodada 3, após a elaboração de uma definição a respeito dos principais aspectos relativos à performance dos serviços ambulatoriais de fisioterapia, e o desenvolvimento de uma escala de avaliação e monitoramento com seus termos específicos, baseado no que foi acordado nas rodadas 1 e 2, os especialistas foram

convidados a opinarem se concordavam com a definição bem como com a forma como foram elaborados as análises de cada indicador da escala.

Para cada indicador foi desenvolvido um mecanismo de avaliação que contava com cinco alternativas enumeradas de “0 a 4”, em que o “0” representava a performance mais baixa e “4” representava a performance mais alta. Cada indicador possui uma estratégia específica para traduzir o monitoramento da performance em dados quantitativos.

Nesta etapa, os especialistas foram também estimulados a propor adequações tanto em relação à definição quanto em relação à escala. Os 20 participantes receberam um novo link de acesso ao formulário por e-mail, onde tiveram sete dias para responderem e obtiveram uma média de dez minutos cada.

Na Rodada 4 cada participante teve a oportunidade de interagir com a escala finalizada e com as devidas alterações realizadas. Nesta rodada os especialistas foram questionados quanto a sua anuência ou não, para a divulgação de seu nome enquanto componente do painel de especialistas. Todos os participantes receberam um novo link de acesso ao formulário por e-mail, onde tiveram sete dias para responderem e obtiveram uma média de cinco minutos cada. Não houve desistência de nenhum participante.

6. DISCUSSÃO

Foram definidos vinte três indicadores, que forneceram um panorama significativo da performance do serviço em relação aos cuidados de saúde sob a perspectiva do paciente, do ambiente e da abordagem terapêutica, que constituem a Escala de avaliação e monitoramento do serviço ambulatorial de Fisioterapia. Trata-se da primeira versão do instrumento de análise, sendo recomendadas novas pesquisas que investiguem suas propriedades psicométricas para que depois disso, as informações levantadas nos serviços ambulatoriais, utilizando a mesma, sejam utilizadas para a produção de relatório de avaliação e monitoramento (Jenkinson C. et al, 2002).

O presente instrumento necessita de um trabalho associado com recursos de avaliações já existentes para quantificar indicadores. Como questionários de avaliação que fornecem subsídios importantes para a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Wensing e Elwyn, 2003).

6.1. PERSPECTIVA DO PACIENTE

Os critérios preconizados na “perspectiva do paciente” demonstram a vivência e experiência do paciente. A maior parte das definições de qualidade leva em consideração a perspectiva do cliente (Ovretveit, 1992), apesar do reconhecimento de sua complexidade e multiplicidade de dimensões.

A perspectiva do paciente é um componente essencial da qualidade da assistência segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pois é um grupo de indicadores disponíveis que permite avaliar a prestação de cuidados sob o ponto de vista e percepção do usuário. Como a satisfação, a percepção do tempo para atendimento, o tempo de recuperação, a participação e envolvimento, as preferências, e humanização do seu atendimento.

Com base no projeto de lei 4431/20 que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a garantir a realização de consultas em até 15 dias. Também com base no projeto de lei nº 5088/19 discorre que o tempo máximo de espera para início de consultas é de 30 minutos, é possível identificar a grande relevância desta temática.

Diversas variáveis influenciam o tempo de aquisição de funcionalidade do paciente. Esta escala, aborda fatores que demonstram ser importantes para essa aquisição, como a taxa de adesão ao tratamento, que pode ser influenciada por técnicas pedagógicas de educação do paciente sobre a importância da assiduidade e assim fomentando a importância final na aquisição da funcionalidade. Assim como a observância às preferências do paciente, que estão inseridas em um contexto ético e legal da relação clínica, na qual o paciente ou seus familiares, tem direito de participar da escolha da abordagem terapêutica. (Jonsen, AR. *et al* 2010).

6.2. PERSPECTIVA DO AMBIENTE

Os critérios preconizados na “perspectiva do ambiente” descrevem as características para dispor de todo material necessário para o atendimento como mobiliário, disponibilidade de insumos, recursos facilitadores, armazenamento de dados, materiais educativos, enfim toda demanda necessária, bem como a estrutura física.

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (LBI), traz garantias básicas de acesso, onde a maior disposição de recursos demonstra acessibilidade, além disso, segundo a resolução Nº 418/2012 do COFFITO na Lei 8856/94 que estabelece o turno de trabalho de seis horas, nos dias

úteis semanais com uma carga horária de 30 horas, estabelece a necessidade de definição no plano empresarial de uma meta considerando o número de profissionais, e a proporção de alcance dessa meta demonstra eficiência.

6.3. PERSPECTIVA DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Os critérios preconizados na “perspectiva da abordagem terapêutica” demonstram as percepções do paciente, no que diz respeito a forma de avaliação e condução do tratamento (Sackett, David L. 2003). A abordagem terapêutica deve estar associada as melhores evidências científicas disponíveis, com a experiência do profissional em conjunto com a escolha do paciente, para auxiliar na tomada de decisão. Observando o paciente por um modelo biopsicossocial, utilizando diretrizes clínicas, instrumentos validos, definição do diagnóstico fisioterapêutico assertivo, para propor um tratamento adequado onde é possível a estabelecimento de metas para progressão do mesmo.

7. CONCLUSÃO

A performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia deve ser monitorada, afim de manter ou aprimorar sua qualidade, bem como a experiência dos usuários com o mesmo, podendo este monitoramento ser alicerçado na perspectiva do paciente, nos fatores ambientais e na abordagem terapêutica.

A escala MONIsa (monitoramento de serviços ambulatoriais), foi criada a partir de um consenso obtido por um painel de especialistas durante a condução de um estudo Delphi, que tinha por intuito definir os principais indicadores de performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia nestas três dimensões (PACIENTE/ AMBIENTE/ ABORDAGEM TERAPÊUTICA), bem como a criação de um instrumento de monitoramento deste. Vale ressaltar que, o instrumento desenvolvido, parece ter grande aplicabilidade no contexto em que está inserido, no entanto ainda necessita de outros estudos que mensurem suas propriedades psicométricas.

REFERÊNCIAS

ABDULLAHI, A. Safety and Efficacy of Chest Physiotherapy in Patients With COVID-19: A Critical Review. **FrontMed**, United States, v. 7, n. 21, p. 454, jul. 2020.

BARBER, C. E. *et al.* Development of key performance indicators to evaluate centralized intake for patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. **ArthritisResTher**. Eua, v. 14, n. 2, p. 17-322, nov. 2015.

BARBER, C. E. H. *et al.* A Canadian evaluation framework for quality improvement in childhood arthritis: key performance indicators of the process of care. **ArthritisResTher**, Canada, v. 19, n. 22, p. 1-53, mar. 2020.

BAÚ, L. M.; KLEIN, A. A. Physical Therapy in Occupational Health is recognized as a specialty by COFFITO and the Ministry of Labor/CBO: A victory for physical therapy and occupational health. **RevistaBrasileiraFisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 2, p. v-vi, mar./abr. 2009.

BOULKEDID, R. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. **PLoS One**, Canada, v. 6, n. 6, p. 20476, jun. 2011.

CAVALCANTE R. N. *et al.* Evidências na atuação do profissional fisioterapeuta no manejo clínico e funcional na assistência de pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda secundária à COVID. **BrazilianJournalHealthReview**, Curitiba, v.4, n.2, p. 8545-8565, mar./abr. 2021.

DELIBERATO, P.C.P.; Tecklin, J. S. Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações. **Dantepazzanese**, São Paulo, v. 570, p. il., 2002.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **JAdvNurs**, Northern Ireland, v. 32, n. 4, p. 1008-1015, out. 2000.

MAIA F. E. S. *et al.* The Importance Of Inclusion Of Professional Therapist In Primary Health Care. **RevFacCiêncMéd**, Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110-115, dez. 2015.

MAJEED, F.A.; VOSS, S. Performance indicators for general practice. **BMJ**, Londres, v. 311, p. 209-210, jul. 1995.

MENDONÇA K. M. P.; GUERRA R. O. Development and validation of an instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy. **RevBrasileiradFisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 369-376, set./out. 2007.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. **Qualitymark**, Rio de Janeiro, p. 155, 1994.

RASHIDI, AL. B. *et al.* Assessment of Key Performance Indicators of the Primary Health Care in Oman: A Cross-Sectional Observational Study. **JPrimCareCommHealth**, Omã, v. 11, n. 25, p 31-39, jan.-/dez. 2020.

SACKETT, D. et al. Evidencebased medicine how to practice and teach EBM. **JournalIntensiveCareMedicine**, Reino Unido, v. 16, n. 1, p. 155-156, mai. 2001.

SANTOS, L. F. O. *et al.* **Perfil dos fisioterapeutas que atuam em unidades de terapia intensiva na cidade de Salvador/Bahia**. 2014. 21 p. Dissertação (Pós-Graduação em Fisioterapia Hospitalar-EBMSP) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Bahia, 2014.

SACKETT, DAVID. L. *et al.* **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2. Ed, 2003. 270 p. Monografia em Português.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; BRUSTER, S.; The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. **Int J Qual Health Care**, EUA, v. 5, n. 14, p. 353, Out. 2002.

OVRETVEIT, J. Health service quality: an introduction to quality methods for health services. **Blackwell**, London, 1992.

JONSEN, AR.; SIEGLER, M.; WINSLADE, WJ.; Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. **Mc-Graw-Hill**, New York, 7a ed. 2010.

Wensing, M.; Elwyn, G.; Methods for incorporating patients' views in health care. **BMJ**. EUA, v. 326(7394), p. 877-879, Abril, 2003.

APÊNDICE A – MONIsa

Monitoramento de serviços ambulatoriais - [Escala](#)

A performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia deve ser monitorada, afim de manter ou aprimorar sua qualidade, bem como a experiência dos usuários com o mesmo, podendo este monitoramento ser alicerçado na perspectiva do paciente, nos fatores ambientais e na abordagem terapêutica.

A escala abordara o serviço por três perspectivas diferentes, a do paciente, a do ambiente e da abordagem terapêutica. Cada item deve ser pontuado de 0 a 4. Para calcular a pontuação da escala é necessário a soma total de todos os itens e realizar a regra de três considerando o total da escala de 92 pontos sendo 100%.

PACIENTE			
1	Taxa de satisfação dos Pacientes em relação a qualidade do atendimento;	0	Não avaliado.
		1	A taxa de satisfação está entre 0 a 25%.
		2	A taxa de satisfação está entre 26 a 50%.
		3	A taxa de satisfação está entre 51 a 75%.
		4	A taxa de satisfação está em 76% ou mais.
2	Tempo de espera médio para agendamento de primeira consulta;	0	Não avaliado.
		1	O tempo de espera é superior a 30 dias úteis.
		2	O tempo de espera está entre 15 a 30 dias úteis.
		3	O tempo de espera está entre 8 a 14 dias úteis.
		4	O tempo de espera é de até 7 dias úteis.
3	Tempo de espera médio para início do atendimento;	0	Não avaliado.
		1	O tempo médio de espera é de 31 a 60 minutos.
		2	O tempo médio de espera é de 11 a 30 minutos.
		3	O tempo médio de espera é de 5 a 10 minutos.
		4	O atendimento é imediato.
4	Tempo médio para recuperação da funcionalidade do paciente;	0	Não avaliado.
		1	Atrasou em 50% ou mais o tempo da recuperação estimado na avaliação fisioterapêutica.
		2	Atrasou em 11 a 50% o tempo da recuperação estimado na avaliação fisioterapêutica.
		3	Alcançou a recuperação dentro do tempo estimado na avaliação fisioterapêutica (10%+/-).
		4	Adiantou em 11% ou mais o tempo da recuperação estimado na avaliação fisioterapêutica (respeitando os prazos biológicos teciduais).

5	Taxa de adesão dos pacientes ao tratamento;	0	Não avaliado.
		1	Paciente presente em até 25% das consultas planejadas.
		2	Paciente presente em 26 a 50% das consultas planejadas.
		3	Paciente presente em 51 a 75% das consultas planejadas.
		4	Paciente presente 76% ou mais, das consultas planejadas.
6	Atenção às preferências do paciente durante a tomada de decisão clínica (1. Na modalidade de assistência (presencial ou virtual), 2. No meio de comunicação (ligação telefônica ou via rede social), 3. Na disponibilização de horários, 4. Nas modalidades terapêuticas propostas, 5. Nas decisões compartilhadas com paciente, 6. Na exposição dos riscos e benefícios ao paciente, 7. Na autonomia do paciente, 8. Na abordagem familiar);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
7	Humanização do atendimento (1. Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, 2. Implementação de tratamento descentralizado e participativo, 3. Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do tratamento, 4. Propor participação e valorização dos pacientes no processo terapêutico, 5. Promover educação permanente dos pacientes, 6. Assegurar direitos dos pacientes, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito ambulatorial, 7. Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), 8. Promover qualificação e otimização do terapeuta, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
AMBIENTE			
8	Acessibilidade a clínica (1. Rampa de acesso, 2. Corrimãos, 3. Elevador, 4. Piso tátil emborrachado, 5. Placas de acesso em braile, 6. Vagas reservadas para estacionamento, 7. Banheiro acessível, 8. Ausência de barreiras arquitetônicas no interior do prédio);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
9	Número de consultas por semana (turno de 6 horas por dia, 12 atendimentos individuais, por profissional previsto pelo credito-4);	0	Não avaliado.
		1	Taxa de ocupação até 24% daquela prevista.
		2	Taxa de ocupação entre 25 e 49% daquela prevista.
		3	Taxa de ocupação entre 50 e 74% daquela prevista.
		4	Taxa de ocupação igual ou superior a 75% daquela prevista.

10	Qualidade do atendimento na recepção;	0	Não avaliado.
		1	Taxa de satisfação com o atendimento até 24%.
		2	Taxa de satisfação com o atendimento entre 25 e 49%.
		3	Taxa de satisfação com o atendimento entre 50 e 74%.
		4	Taxa de satisfação com o atendimento acima de 75%.
11	Mobiliário disponível para o terapeuta e paciente (1. Sala de atendimento com maca, cadeira e mesa, 2. Recepção com telefone e computador com acesso à internet, 3. Sala de espera com cadeira, 4. Espaço diferenciado para crianças, 5. Banheiro, 6. Bebedouro, 7. Televisão, 8. Ambiente climatizado);	0	Não possui nenhum mobiliário necessário para atendimento.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
12	Disponibilidade de insumos para a realização dos atendimentos (1. Equipamentos de proteção individual, 2. Recursos para avaliação e acompanhamento da condição de saúde do paciente (Questionários auto reportados) 3. Recursos para avaliação de função muscular, 4. Recursos para análise de movimento, 5. Recursos eletrofísicos, 6. Recursos para utilização de terapia manual, 7. Recursos para realização de cinesioterapia, 8. Recursos tecnológicos para favorecer a inovação no tratamento);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
13	Disponibilidade de recursos facilitadores de desempenho do paciente (1. Barra paralela e espaldar, 2. Suporte parcial de peso, 3. Maca ortostática, 4. Cinta de elevação, 5. Gaiola de habilidades (Therasuit) 6. Andadores e muletas, 7. Tábua de transferência, 8. Estabilizador vertical (Parapodium);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
14	Consonância do armazenamento dos dados do paciente, com a lei geral de proteção de dados (1. Prontuário não editável, 2. Avaliação, 3. Evolução de cada atendimento, 4. Cópias dos exames, 5. Disponibilização do prontuário quando necessário, 6. Armazenamento do prontuário pós tratamento, 7. Termo de consentimento caso necessite dos dados para uso em trabalhos, 8. Contrato de prestação de serviço);	0	Não avaliado.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.
15	Material Educativo disposto nas dependências (1. Folder, 2. Vídeos, 3. Revista, 4. Cartilhas, 5. Infográficos, 6. Banner, 7. Jogos, 8. Aplicativos);	0	Nenhum material disponível.
		1	Possui até 2 itens listados.
		2	Possui até 4 itens listados.
		3	Possui até 6 itens listados.
		4	Possui até 8 itens listados.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA:			
16	Consonância do tratamento com as Prática Baseada em Evidências (PBE);	0	Não utiliza nenhum fundamento da prática baseada em evidência na tomada de decisão clínica.
		1	Realiza a tomada de decisão clínica baseado na própria experiência.
		2	Utiliza a expertise profissional na tomada de decisão clínica.
		3	Utiliza a expertise profissional e as preferências do paciente na tomada de decisão clínica.
		4	Utiliza a expertise profissional, as preferências do paciente e as melhores evidências científicas disponíveis, na tomada de decisão clínica.
17	Abordagem do paciente a partir do modelo de reabilitação biopsicossocial;	0	Utiliza o modelo biomédico na abordagem do paciente.
		1	Leva em consideração o modelo biopsicossocial, mas aborda o paciente apenas em relação aos domínios de estrutura e função do corpo.
		2	Leva em consideração o modelo biopsicossocial, mas aborda o paciente apenas em relação aos domínios de estrutura e função do corpo, atividade e participação social.
		3	Leva em consideração o modelo biopsicossocial, mas aborda o paciente apenas em relação aos domínios de estrutura e função do corpo, atividade, participação social e fatores ambientais.
		4	Leva em consideração o modelo biopsicossocial e aborda o paciente a partir dos domínios de estrutura e função do corpo, atividade, participação social, fatores ambientais e fatores pessoais.
18	Utilização de diretrizes clínicas nacionais ou internacionais no acompanhamento do tratamento;	0	Não avaliado.
		1	Leva em consideração as diretrizes clínicas, mas não aplica no acompanhamento do tratamento.
		2	Leva em consideração as diretrizes clínicas na formulação do diagnóstico fisioterapêutico.
		3	Leva em consideração as diretrizes clínicas na formulação do diagnóstico fisioterapêutico e na elaboração do plano de tratamento.
		4	Leva em consideração as diretrizes clínicas na formulação do diagnóstico fisioterapêutico, na elaboração do plano de tratamento e na definição dos critérios para alta.
19	Elaboração de diagnóstico Fisioterapêutico;	0	Não avaliado.
		1	Faz a definição do diagnóstico fisioterapêutico sem realizar avaliação.
		2	Utiliza a avaliação de outro serviço para definição do diagnóstico fisioterapêutico.
		3	Realiza avaliação, mas não define diagnóstico fisioterapêutico.
		4	Realiza avaliação e faz a definição do diagnóstico fisioterapêutico.

20	Utilização de instrumentos válidos e confiáveis para o acompanhamento da condição de saúde do paciente;	0	Não avaliado.
		1	Possui instrumentos de acompanhamento, mas não os utiliza na prática clínica.
		2	Utiliza instrumentos de acompanhamento não testados cientificamente.
		3	Utiliza instrumentos de acompanhamento com moderada/baixa validade confiabilidade.
		4	Utiliza instrumentos de acompanhamento com ótima/excelente validade confiabilidade.
21	Adequação do custo financeiro do atendimento com a realidade do público alvo;	0	Não usa parâmetro de adequação de preços.
		1	Preços 76% acima ou abaixo do Coeficiente de Valoração.
		2	Preços entre 50 e 75%, acima ou abaixo do Coeficiente de Valoração.
		3	Preços entre 25 a 49%, acima ou abaixo do Coeficiente de Valoração.
		4	Preços de acordo com o Coeficiente de Valoração ou com variação de até 24% acima ou abaixo do Coeficiente de Valoração.
22	Trabalho de referência e contra referência com outros serviços e profissionais;	0	Não avaliado.
		1	Trabalha com referência a outros serviços e profissionais.
		2	Trabalha com referência e contra referência a outros serviços e profissionais apenas da mesma área.
		3	Trabalha com referência e contra referência com outros serviços e profissionais de diferentes áreas multidisciplinares.
		4	Trabalha com referência e contra referência com outros serviços e profissionais de diferentes áreas multidisciplinares e realiza monitoramento do processo.
23	Estabelecimento de metas e planejamento de reavaliação durante o atendimento para mensurar progressão do tratamento;	0	Não avaliado.
		1	Estabelece metas, mas não planeja reavaliação.
		2	Estabelece metas, planeja reavaliação, mas não realiza.
		3	Estabelece metas, planeja e realiza a reavaliação, mas não utiliza esses dados na adequação do processo terapêutico.
		4	Estabelece metas, planeja e realiza a reavaliação e utiliza esses dados na adequação do processo terapêutico.
TOTAL DOS PONTOS			

Aplicar a seguinte fórmula para o cálculo do percentual da escala:

$$\text{Total de pontos} = \frac{\text{Pontos obtidos}}{92} \times 100 = \text{ } \%$$

92

APÊNDICE B – Lista de Participantes

Participantes que autorizaram a publicação do seu nome na Rodada 4 - [Lista](#)

PARTICIPANTE	Região	E-MAIL
Rosaria Dias Aires	Sete Lagoas	rosariard@hotmail.com
Laís Oliveira	Sete Lagoas	lais.olivfisio@gmail.com
Michelle Pires Pinto da Rocha	Belo Horizonte	michellepiresrocha@yahoo.com.br
Naiara Cristina da Silva Santos	Inhapim e Caratinga	naiara.cristina92@hotmail.com
Cecilia de Ferreira de Aquino	Divinópolis	ceciliafaquino@gmail.com
Joicilene Fernandes Lucia da Silva	Jaboticatubas	joicilenefernandes02@gmail.com
Allane Priscilla Ferreira de Oliveira Martins	Joaquim Felício	allanepryscila@hotmail.com
Christian Leonardo de Paiva Rosa	Corinto	fisiolifecorinto@gmail.com
Matheus Hissa Lourenço Ferreira	Belo Horizonte	math_carpa@hotmail.com
Natália Torres Ituassú	Belo Horizonte	nataliaituassu@gmail.com
Eduardo Luiz Rezende Veloso	Belo Horizonte	eduardoveloso9@yahoo.com.br
Eulália Mara Bruno Veloso	Belo Horizonte	eulaliabruno@yahoo.com.br
Camila Danielle Cunha Neves	Diamantina	neves.camiladc@gmail.com
Ana Paula Maia Lima	Belo Horizonte	amaialima@yahoo.com.br
Luana Céfora Godoy Silva	Sete Lagoas	luanacefora@gmail.com
Camila Lima Ribeiro	Sete Lagoas	ccamilima@hotmail.com
André Pires de Oliveira	Belo Horizonte	andrepiresbh@gmail.com