

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE
FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Foz do Iguaçu - Paraná
2024

Wilson Alexandre Cabral Costa

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Aparecida Fabriz

**FOZ DO IGUAÇU - PARANÁ
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Costa, Wilson Alexandre Cabral

Elaboração e validação de instrumento para avaliação de serviços públicos de fisioterapia em região de fronteira / Wilson Alexandre Cabral Costa; orientadora Luciana Aparecida Fabriz. -- Foz do Iguaçu, 2024.

96 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2024.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. 3. Serviços públicos de saúde. 4. Serviços de fisioterapia. I. Fabriz, Luciana Aparecida, orient. II. Título.

COSTA, W. A. C. Elaboração e validação de instrumento para avaliação de serviços públicos de fisioterapia em região de fronteira. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, 2024.

Aprovado em 02/09/2024.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Denise Rissato
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde e proteção e por ter permitido chegar até aqui.

Aos meus pais, Nazi e Ana, pelo aprendizado constante e motivação.

À minha família, pela força e incentivo.

À minha esposa, Auristela, pela compreensão, paciência, motivação, e amor durante todo este processo.

Às minhas filhas, Suyanne, Suziana e Adriana, pela motivação.

Ao meu netinho, Ravi, pela inspiração que seu nascimento trouxe durante a construção deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, por compartilhar o conhecimento.

Aos professores do mestrado, que ajudaram a construir todo esse conhecimento.

À professora Dra. Luciana Fabriz, por toda a paciência e disposição em transmitir sua experiência e conhecimento neste trajeto.

Aos colegas profissionais, que se dispuseram a participar diretamente desta pesquisa.

Meu muito obrigado!

RESUMO

COSTA, W. A. C. **Elaboração e validação de instrumento para avaliação de serviços públicos de fisioterapia em região de fronteira.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, 2024.

Introdução: Avaliar a qualidade do serviço de saúde torna-se um desafio complexo do ponto de vista técnico e organizacional, pois envolve vários atores (prestador-usuário-gestores-profissionais). No entanto, faz-se necessário uma avaliação periódica da qualidade desses serviços, haja vista os recursos públicos envolvidos. **Objetivo:** Elaborar e validar um instrumento para avaliação da qualidade de serviços públicos de fisioterapia localizados em região de fronteira. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, no qual foi realizada uma revisão de literatura por *Scoping Review*, para a identificação de instrumentos de avaliação já existentes. Foi elaborada a matriz do instrumento proposto (Q-FISIOSUS) por meio de um modelo lógico do serviço prestado, que foi validado quanto ao conteúdo e aparência por 19 juízes, utilizando-se a técnica Delphi. A validade do conteúdo e aparência do instrumento foi considerada adequada na segunda rodada de perguntas. Os dados foram analisados pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e pela Razão de Validade de Conteúdo (CVR), e considerou a concordância dos itens do instrumento pelos juízes de forma global e suas dimensões (estrutura, processo e resultado). O nível de consenso esperado para este estudo foi de 75% para o IVC e 0,99 para o CVR. Foi idealizada a classificação dos escores do instrumento baseada no percentil de testes com distribuição não normal. **Resultados:** A *Scoping Review* evidenciou uma escassez de literatura na identificação de instrumentos padronizados de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia na percepção do profissional. O modelo lógico da matriz possibilitou, inicialmente, a elaboração de 29 itens de avaliação do instrumento (Q-FISIOSUS), que finalizaram em 23 itens após análises de concordância estabelecidas. O grau de conformidade dos especialistas em relação ao instrumento global (IVC=80,99%; CVR=0,6) foi considerado aceitável. Na segunda rodada, o IVC e CVR médio das dimensões (estrutura, processo e resultado) apresentaram resultados aceitáveis (73,53% e 0,5; 85,40% e 0,7; 81,37% e 0,6, respectivamente). Os níveis de classificação dos escores e percentis para o instrumento global e suas dimensões foram: conforme (10%), satisfatório (15%), insuficiente (25%) e não conforme (50%). **Considerações finais:** Espera-se que o instrumento “Q-FISIOSUS”, elaborado e validado, seja uma ferramenta prática na avaliação dos serviços públicos de fisioterapia em regiões de fronteira.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Serviços públicos de saúde; Serviços de fisioterapia.

ABSTRACT

COSTA, W. A. C. **DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR EVALUATING PUBLIC PHYSIOTHERAPY SERVICES IN A BORDER REGION.**

Master's Dissertation in Public Health in the Border Region – Center for Education, Literature and Health, State University of Western Paraná. Foz do Iguaçu, 2024.

Introduction: Assessing the quality of the health service becomes a complex challenge from a technical and organizational point of view, as it involves several actors (provider-user-managers-professionals). However, a periodic assessment of the quality of these services is necessary, given the public resources involved. **Objective:** Develop and validate an instrument for evaluating the quality of public physiotherapy services located in a border region. **Methods:** This is a methodological study, with a quantitative approach, a literature review was carried out using *Scoping Review*, to identify existing assessment instruments. The proposed instrument matrix (Q-FISIOSUS) was created using a logical model of the service provided, which was validated in terms of content and appearance by nineteen judges using the Delphi technique. The content and appearance validity of the instrument were considered adequate in the second round of questions. The data were analyzed using the Content Validity Index (CVI) and Content Validity Ratio (CVR), and considered the overall agreement of the instrument items by the judges and their dimensions (structure, process and result). The level of consensus expected for this study was 75% of the CVI and 0.99 of the CVR. The classification of instrument scores was designed based on the percentile of tests with non-normal distribution. **Results:** The *Scoping Review* showed a lack of literature in identifying standardized instruments for evaluating the quality of public physiotherapy services in the professional's perception. The logical model of the matrix initially made it possible to create 29 instrument evaluation items (Q-FISIOSUS), which ended in 23 items after established agreement analyses. The experts' degree of compliance with the global instrument (CVI=80.99%; CVR=0.6) was considered acceptable. In the second round, the average IVC and CVR of the dimensions (structure, process and result) presented acceptable results (73.53% and 0.5; 85.40% and 0.7; 81.37% and 0.6, respectively). The scores and percentile classification levels for the global instrument and its dimensions were: compliant (10%), pressure (15%), insufficient (25%), non-compliant (50%). **Final considerations:** It is expected that the “Q-FISIOSUS” instrument, developed and validated, will be a practical tool in the evaluation of public physiotherapy services in border regions.

Descriptors: Quality of health care; Health Care Assessment Mechanisms; Public health services; Physiotherapy services.

RESUMEN

COSTA, W. A. C. **DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA EN UNA REGIÓN FRONTERIZA**. Tesis de Maestría en Salud Pública en la Región Fronteriza – Centro de Educación, Literatura y Salud, Universidad Estatal del Oeste de Paraná. Foz de Iguazú, 2024.

Introducción: Evaluar la calidad del servicio de salud se convierte en un desafío complejo desde el punto de vista técnico y organizativo, ya que involucra a varios actores (proveedor-usuario-gerentes-profesionales). Sin embargo, se hace necesaria una evaluación periódica de la calidad de estos servicios, dados los recursos públicos involucrados. **Objetivo:** Desarrollar y validar un instrumento para evaluar la calidad de los servicios públicos de fisioterapia ubicados en una región fronteriza. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico, con enfoque cuantitativo, en el cual se realizó una revisión de la literatura mediante *Scoping Review*, para identificar los instrumentos de evaluación ya existentes. La matriz del instrumento propuesta (Q-FISIOSUS) se creó a partir de un modelo lógico del servicio prestado, el cual fue validado en contenido y apariencia por 19 jueces, mediante la técnica Delphi. La validez de contenido y apariencia del instrumento se consideró adecuada en la segunda ronda de preguntas. Los datos fueron analizados mediante el Índice de Validez de Contenido (CVI) y la Razón de Validez de Contenido (CVR), y se consideró la concordancia global de los ítems del instrumento por parte de los jueces y sus dimensiones (estructura, proceso y resultado). El nivel de consenso esperado para este estudio fue del 75% para el CVI y 0,99 para el CVR. La clasificación de los puntajes de los instrumentos se diseñó con base en el percentil de pruebas con distribución no normal. **Resultados:** La *Scoping Review* mostró una falta de literatura en la identificación de instrumentos estandarizados para evaluar la calidad de los servicios públicos de fisioterapia en la percepción del profesional. El modelo lógico de la matriz permitió, inicialmente, crear 29 ítems de evaluación de instrumentos (Q-FISIOSUS), que finalizó en 23 ítems luego de los análisis de concordancia establecidos. Se consideró aceptable el grado de cumplimiento del instrumento global por parte de los expertos (CVI=80,99%; CVR=0,6). En la segunda ronda, el IVC y el CVR promedio de las dimensiones (estructura, proceso y resultado) presentaron resultados aceptables (73,53% y 0,5; 85,40% y 0,7; 81,37% y 0,6, respectivamente). Los niveles de clasificación de los puntajes y percentiles para el instrumento global y sus dimensiones fueron los siguientes: conforme (10%), satisfactorio (15%), insuficiente (25%) y no conforme (50%). **Consideraciones finales:** Se espera que el instrumento “Q-FISIOSUS”, desarrollado y validado, sea una herramienta práctica en la evaluación de los servicios públicos de fisioterapia en regiones fronterizas.

Descriptores: Calidad de la atención de salud; Mecanismos de Evaluación de la Atención en Salud; Servicios de salud pública; Servicios de fisioterapia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxo do atendimento de fisioterapia no SUS	33
Figura 2	Modelo Teórico-Lógico dos serviços públicos de fisioterapia de média complexidade	37
Figura 3	Sequência de execução do método Delphi	43
Figura 4	Fluxograma das etapas de pesquisa realizada	46
Figura 5	Organização das etapas de pesquisa realizada	49
Quadro 1	Parâmetros de avaliação para cada dimensão e subdimensão escolhidos (estrutura, processo, resultado)	38
Quadro 2	Descrição dos estudos selecionados no escopo 1	47
Quadro 3	Bases de dados escolhidas para a pesquisa	48
Quadro 4	Descrição dos estudos selecionados no escopo 2	49
Quadro 5	Matriz avaliativa da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia	51
Quadro 6	Demonstrativo das perguntas do instrumento de avaliação da qualidade nos serviços ambulatoriais de fisioterapia “Q-FISIOSUS”	54
Quadro 7	Escala de referência para mensuração das questões avaliativas	55
Quadro 8	Questões das primeira e segunda rodadas do instrumento para validação de conteúdo e aparência para análise do uso do “Q-FISIOSUS”	57
Quadro 9	Instrumento de avaliação da qualidade nos serviços ambulatoriais de fisioterapia “Q-FISIOSUS” (Apêndice II)	87
Quadro 10	Lista de checagem de acessibilidade (Apêndice IV)	91
Quadro 11	Infraestrutura de atendimento (Apêndice VI)	96
Quadro 12	Checklist das diversas especialidades de fisioterapia (Apêndice VII)	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	CBO 2236 – Fisioterapeutas das cidades gêmeas do Paraná	27
Tabela 2	Distribuição dos Profissionais Fisioterapeutas no Brasil, Paraná e cidades gêmeas cadastrados no CNES	27
Tabela 3	Classificação de escores baseada no percentil de testes com distribuição não normal	55
Tabela 4	Caracterização sociodemográfica dos especialistas	56
Tabela 5	Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, clareza e objetividade das questões de análise do uso do Q-FISIOSUS na segunda rodada	61
Tabela 6	Concordância dos juízes em relação às dimensões Estrutura, Processo e Resultados do instrumento nas primeira e segunda rodadas	63
Tabela 7	Escores para pontuação das dimensões no aspecto global	64
Tabela 8	Escores para pontuação da dimensão “Estrutura”	65
Tabela 9	Escores para pontuação da dimensão “Processo”	66
Tabela 10	Escores para pontuação da dimensão “Resultado”	67

LISTA DE SIGLAS

ABBR	Associação Beneficente de Reabilitação
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CESUFOZ	Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CVR	Razão de Validade de Conteúdo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ES	Educação em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Popular em Saúde
EFQM	European Foundation for Quality Management
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUL	Instituto Universitário de Lisboa
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JB	Joanna Briggs Institute
JSTOR	Journal Storage
LILASC	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBI USP	Portal de Busca Integrada da Universidade de São Paulo
PCC	População, Conceito, Contexto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMC	PubMed
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews
PL	Projeto de Lei
PUBMED	Base de dados de acesso público
Q-FISIOSUS	Questionário de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNP	Teoria do Processo de Normatização
UDC	Centro universitário União Dinâmica das Cataratas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UF	Unidade Federativa
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIAMÉRICA	Centro Universitário União das Américas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNIT	Universidade Tiradentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Políticas e Sistemas de Saúde na América Latina.....	20
3.2	Desafios da média complexidade no âmbito do SUS.....	21
3.3	A saúde no território fronteiriço.....	22
3.4	Panorama dos serviços de fisioterapia no contexto nacional e internacional.....	24
3.4.1	Perfil de Profissionais Fisioterapeutas no Brasil e Paraná	27
3.4.2	Custos com a fisioterapia no Brasil	28
3.5	Avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	29
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	Delimitação do estudo e tipo de pesquisa.....	33
4.2	Revisão da literatura por <i>Scoping Review</i>	33
4.3	Elaboração do instrumento de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia.....	35
4.4	Validação de instrumento.....	39
4.4.1	Método Delphi	39
4.4.2	Seleção do expert	39
4.4.3	Coleta de dados	40
4.4.4	Análise dos dados	42
4.4.5	Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos	43
4.4.6	Aspectos Éticos	44
5	RESULTADOS	45
5.1	Escopo da literatura brasileira e internacional.....	45
5.2	Elaboração do instrumento de avaliação.....	50
5.3	Validação do instrumento.....	53
6	DISCUSSÃO	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE I: Termo de consentimento livre e esclarecido	81
	APÊNDICE II: Modelo do Instrumento de Avaliação “Q-FISIOSUS”	83
	APÊNDICE III: Questionário de validação do conteúdo e aparência do Instrumento “Q-FISIOSUS”	86
	APÊNDICE IV: Lista de checagem de acessibilidade	87
	APÊNDICE V: Parâmetros de assistência fisioterapêutica assistencial	91
	APÊNDICE VI: Infraestrutura de atendimento	92
	APÊNDICE VII: Checklist das diversas especialidades de fisioterapia	93
	ANEXO: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	94

APRESENTAÇÃO

Casado e pai de 3 filhas, nascido em Belém do Pará, formado como Técnico de Patologia Clínica e Técnico de Enfermagem, atuou em laboratórios e hospital com atendimentos ao SUS durante 12 anos. Formou-se em Bacharel de Fisioterapia na Bahia pela FADBA, trabalhou como palestrante motivacional em saúde do trabalhador e voluntário em projetos de ajuda humanitária (asilos e atenção domiciliar) durante os anos de graduação. Atuou na linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador” com foco em profissionais de saúde pública, incluindo a publicação de artigos. Atuou como fisioterapeuta voluntário em projeto de atendimento domiciliar nas cidades de Campo Grande e Dourados - MS.

Em Foz do Iguaçu- PR, atuou como Conselheiro Municipal de Saúde, representando a APFFIR (Associação de Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de Foz do Iguaçu e Região) no COMUS-FOZ; foi coordenador da comissão de ética do COMUS-FOZ; membro da diretoria do COMUS-FOZ em 2019; coordenador da comissão de RH e Saúde do Trabalhador do COMUS-FOZ; membro da diretoria da APFFIR; participou da Conferência Municipal de Saúde como delegado e membro da comissão organizadora e da Conferência Estadual de Saúde como observador; além de ter organizado pré-conferências com instituições de ensino superior.

Iniciou a Pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela FTP, finalizou a Pós-graduação em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia pela FAVENI, concluiu o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família pela UNILA, com atuação na APS e programa eNASF-AB. Foi membro da comissão de criação e organização da Revista de Atenção Primária e Boas Práticas do município de Foz do Iguaçu, empreendedor da ERGOFOZ. Atualmente, é Professor Fisioterapeuta no Centro Universitário UDC – Foz do Iguaçu; também atua como Fisioterapeuta do Trabalho e Ergonomista no HMCC – Itaipu Binacional, onde foi membro da comissão de ética do hospital e, atualmente, é membro da comissão de qualidade de vida do HMCC.

Foi membro do GT de Saúde da Itaipu na comissão de prevenção, promoção e educação em saúde, e membro da comissão do GT de Fisioterapia do município de Foz do Iguaçu. Atua como delegado do CREFITO 8 – Paraná, representando a 9ª Regional de Saúde do Oeste do Paraná e finalizando o mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira na UNIOESTE.

A presente pesquisa foi motivada principalmente pela experiência no COMUS, onde surge o desafio de ajudar na elaboração de estratégias de melhoria dos atendimentos públicos de fisioterapia, além da vivência na rede de APS, onde observou as fragilidades do serviço

ambulatorial.

A pesquisa de dissertação intitulada “*Elaboração e validação de instrumento para avaliação de serviços públicos de fisioterapia em região de fronteira*”, está organizada em Introdução, Objetivos, Justificativa, Referencial Teórico, Percurso Metodológico, Resultados, Discussão e Conclusão.

Na Introdução, são apresentadas a temática a ser abordada e as perguntas investigativas. Os Objetivos estão divididos em geral e específicos, e a Justificativa apresenta a relevância da pesquisa, na qual estão inseridos os pressupostos.

O Referencial Teórico está fundamentado na área de avaliação em saúde, na teoria de Donabedian e na avaliação normativa. No percurso metodológico, estão apresentados os passos seguidos para a elaboração e validação do referido instrumento.

Nos Resultados, estão apresentados os dados referentes às abordagens quantitativas e metodológica. A Discussão apresenta, ainda, os estudos de outros autores sobre o tema.

Conclui-se que o instrumento elaborado e validado, embora sua aplicabilidade ainda seja necessária, poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos atendimentos de fisioterapia nos serviços públicos em região de fronteira.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal estrutura de saúde pública no Brasil, criado pela Constituição Federal de 1988. O SUS foi concebido com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso gratuito aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é estruturado em diferentes níveis de atenção à saúde para assegurar um atendimento integral e universal à população. Esses níveis são organizados de forma hierárquica e interdependente, visando garantir que os usuários recebam cuidados adequados conforme suas necessidades. Os níveis de atenção à saúde no SUS são, tradicionalmente, divididos em atenção de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2011a; NICOLETTI, 2007).

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do SUS e é caracterizada pelo primeiro contato da população com o sistema de saúde. A atenção terciária, por sua vez, envolve serviços de alta complexidade e tecnologia, como os oferecidos em hospitais de grande porte e centros de referência especializados (BRASIL, 2006).

Já a atenção secundária à saúde é caracterizada pelo atendimento especializado e diagnóstico mais aprofundado, geralmente oferecido em ambulatórios de especialidades. Esse nível é acessado, em geral, mediante encaminhamentos da APS e abrange cuidados intermediários que não podem ser resolvidos no nível primário ou, quando usuários desospitalizados, precisam de reabilitação (BRASIL, 2006).

A fisioterapia é uma profissão essencial no campo da saúde, focada na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções do movimento e funcionalidade do corpo humano (COFFITO, 2013). Na estrutura dos sistemas de saúde, a atuação da fisioterapia divide-se entre atenção básica, média e alta complexidade. O presente estudo foca na atuação da fisioterapia na média complexidade, um nível que compreende uma gama variada de serviços e intervenções importantes para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários.

No SUS, a fisioterapia possui as prerrogativas indispensáveis para atuar em todos os níveis de atenção à saúde; porém, sua maior inserção se dá à nível secundário, onde grande parte dos usuários se apresentam com condições agravadas e problemas instalados, levando a fisioterapia a focar suas ações na reabilitação à saúde (MANDELLI et al., 2016).

Assim, a fisioterapia engloba serviços e procedimentos que demandam maior especialização e recursos tecnológicos do que a atenção básica, mas não chegam ao nível dos

serviços de alta complexidade (COUTINHO, 2013). Além disso, inclui intervenções que exigem profissionais especializados, equipamentos específicos e uma infraestrutura mais robusta.

Consoante às características desse serviço, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o aumento da população idosa são as que mais se utilizam da fisioterapia no âmbito público no Brasil (SIMÕES et al., 2021). A atuação da fisioterapia na média complexidade é crucial para garantir a continuidade do cuidado ao usuário, prevenindo complicações e promovendo uma recuperação mais rápida e eficaz. Esse nível de atenção é fundamental para a reabilitação de condições que, se não tratadas adequadamente, podem evoluir para quadros mais graves e complexos com perda da qualidade de vida.

A fisioterapia na média complexidade pode ser aplicada em diversas áreas, incluindo: reabilitação neurológica, ortopédica e traumatológica, respiratória, cardiovascular, entre outras (MANDELLI et al., 2016). A atuação do fisioterapeuta na média complexidade envolve diversas metodologias e intervenções, tais como: avaliações detalhadas para identificar disfunções e limitações funcionais, planos de tratamento, terapias manuais, prescrição de exercícios para flexibilidade, coordenação e resistência, e recursos como ultrassom terapêutico, eletroterapia e termoterapia, entre outros (COFFITO, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela formulação de políticas nacionais, enquanto estados e municípios são responsáveis pela implementação e execução dos serviços de saúde. Essa descentralização visa atender às especificidades regionais, mas também traz desafios relacionados à coordenação e uniformização dos serviços prestados (FERTONANI et al., 2015).

Contudo, alguns desafios são fortemente observados nas políticas de saúde pública do Brasil ao longo dos anos: o financiamento, as desigualdades regionais, as doenças crônicas, as epidemias e pandemias (MACHADO, 2018). A recente pandemia de COVID-19 expôs pontos fortes como a resiliência, mas também fragilidades no sistema de saúde, especialmente na capacidade de resposta rápida e eficiente a crises sanitárias (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020; MASSUDA et al., 2021).

O financiamento da saúde pública no Brasil é uma questão crítica, o que reflete em uma significativa desigualdade tanto na qualidade dos serviços e do atendimento quanto no acesso à atenção em saúde, nas diferentes regiões do Brasil (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011). O aumento da prevalência das DCNT, como diabetes e hipertensão, impõe uma carga significativa sobre o sistema de saúde, inclusive em termos financeiros (SIMÕES et al., 2021).

A principal motivação para a realização desta pesquisa decorre da vivência no cotidiano

do trabalho como fisioterapeuta, especialmente, no atendimento de usuários crônicos que precisam de atenção integral à saúde. Nesse contexto, observa-se não apenas o papel crucial desempenhado pela rede de atendimento fisioterápico no âmbito da atenção de média complexidade do SUS, mas também os grandes e persistentes desafios existentes quando se trata de avaliar a qualidade dos serviços prestados.

Entretanto, a avaliação da qualidade do serviço de fisioterapia no SUS é uma tarefa complexa que envolve a análise de diversos aspectos, entre eles: infraestrutura, qualidade do atendimento, eficiência e eficácia, efetividade, equidade, gestão e financiamento (MÉLO et al, 2018). Portanto, torna-se relevante a avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia ofertados na rede pública. Soma-se a esse trabalho, o pressuposto de que, em região de tríplice fronteira, o sistema público de saúde enfrenta desafios ainda maiores, pois atende a uma população considerada “flutuante” (ZILLY, 2022).

Nessa perspectiva, surgem as seguintes perguntas investigativas: Existem instrumentos validados disponíveis na literatura nacional e internacional para avaliação de serviços ambulatoriais públicos de fisioterapia? O conteúdo e aparência de um novo instrumento para avaliação de serviços ambulatoriais públicos de fisioterapia podem se tornar válidos e confiáveis para medir o que se propõe em relação aos componentes de qualidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar um instrumento para a avaliação da qualidade de serviços públicos de fisioterapia ofertados em um município localizado em região de fronteira.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura nacional e internacional, instrumentos validados para a avaliação da qualidade de serviços ambulatoriais de fisioterapia localizados em região de fronteira.
- Construir um instrumento de avaliação da qualidade voltado para serviços públicos de fisioterapia.
- Realizar a validação de conteúdo e de aparência do instrumento de medição.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão de literatura buscou elucidar o embasamento teórico sobre o tema, que será apresentado a seguir.

3.1 Políticas e sistemas de saúde na América Latina

As políticas de saúde e proteção social emergiram dos processos de consolidação/reconstrução dos Estados nacionais (ESPING-ANDERSEN, 1991) do seguro social, e se expandiram durante o século XX.

Esse percurso histórico é indispensável para a compreensão das origens e da evolução do nosso objeto de análise: os sistemas de saúde da América Latina, inspiradores das ideias e constitutivos dos modelos institucionais-organizacionais implantados (MEDICI, 2009).

A implantação de sistemas de proteção social em saúde foi um componente fundamental para a consolidação dos Estados nacionais, inicialmente por meio das campanhas sanitárias e de higiene pública implementadas a partir da independência dos países da Ibérico-América. Em décadas posteriores, essa atuação no setor de saúde expandiu-se pela incorporação crescente de serviços médico-hospitalares (LEVCOVITZ; COUTO, 2019).

Esse processo consolidou a fragmentação operacional dos nossos sistemas, reforçada por múltiplos fatores: desigualdades socioeconômicas profundas; estratificação das classes sociais e segregação de grupos da população; segmentação institucional resultante das trajetórias históricas dos sistemas de saúde e proteção social; debilidade da capacidade reitora da Autoridade Sanitária; modelos de atenção contrários à integração, centrados na doença; programas verticais, focalizados em doenças e riscos; insuficiências no planejamento da quantidade, qualidade e distribuição dos recursos e serviços; e condutas e hábitos culturais da população e dos prestadores de serviços (ISAGS, 2012).

Os resultados de tais trajetórias históricas conformam marcantes características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina, que segundo o ISAGS (2012), já plenamente consolidadas na década de 1970: 1) a segregação/estratificação da população conforme classe social, renda, condição socioeconômica, capacidade de pagamento, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnico e urbanidade/ ruralidade; 2) a segmentação da população em grupos com diferentes direitos e condições de acesso e utilização dos serviços; e 3) fragmentação operacional com superposição e duplicação das ofertas dos distintos

prestadores e a descoordenação de estabelecimentos/unidades assistenciais.

Em síntese, o primeiro meio século de evolução de políticas de saúde na América Latina marcou uma tendência sustentada de extensão da proteção social em saúde, mesmo que limitada tanto em termos de cobertura populacional e de amplitude das prestações e benefícios quanto de igualdade no acesso, utilização e qualidade dos serviços.

3.2 Desafios da média complexidade no âmbito do SUS

O SUS, desde a Constituição Federal de 1988, criou um modelo de atenção à saúde com vistas a ampliar o cuidado integral à saúde comunitária por meio de políticas públicas, como forma de enfrentamento do cenário social brasileiro (FERTONANI et al., 2015).

Nesse contexto, a assistência à saúde no Brasil se configura da seguinte maneira: atenção primária ou básica, atenção secundária ou média complexidade, e atenção terciária ou alta complexidade (BRASIL, 2011a). Em sua estrutura organizacional, o SUS define a atenção básica como a principal comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), como porta de entrada do sistema de saúde e o eixo orientador do cuidado ao usuário (BRASIL, 2002), enquanto os serviços de média e alta complexidade funcionam como fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011a).

Os serviços que demandam a linha de cuidado estrutural do SUS, em suas diferentes vertentes (básica, média e alta complexidades), incluem a fisioterapia na lista de procedimentos e assistência à saúde (COFFITO, 1978,1987).

Apesar dessa visão reabilitadora e curativista, a fisioterapia também assume o papel de modelo prevencionista, e sua atuação passa a ter melhor repercussão, pois busca a redução dos índices de internamentos e sequelas permanentes. Entretanto, esse modelo ainda é pouco expressivo quando comparado ao modelo de complexidade assistencial vigente (média e alta complexidades) (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, surgem os entraves para garantir a integralidade, resolutividade e acessibilidade dos serviços, sendo necessárias estratégias de organização que assegurem a eficácia, eficiência e qualidade na prestação dos serviços de saúde.

Sobre a qualidade dos serviços de saúde, Leal (2012) salienta que as empresas prestadoras estão direcionadas para a valorização dos ativos intangíveis. O estudo de Mandelli e colaboradores (2016) apontou que a metodologia de repasse das receitas feita pelo SUS às empresas prestadoras de serviços, com valores pré-estabelecidos e pagos por atendimentos realizados, dificulta a organização de indicadores para a qualidade da gestão.

Com isso, avaliar a qualidade do serviço de saúde na média complexidade torna-se um

desafio complexo do ponto de vista técnico e organizacional, pois envolve vários atores (prestador-usuário-gestores-profissionais). No entanto, faz-se necessário uma avaliação periódica da qualidade desses serviços, haja vista os recursos públicos envolvidos.

No Brasil, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde estabelece-se como um instrumento de gestão para avaliar a qualidade dos serviços na atenção básica e nos demais níveis de complexidade (BRASIL, 2012).

Os serviços públicos de fisioterapia, assim como outros serviços de saúde, compreendem atendimentos indispensáveis para a população em geral. Sendo assim, as práticas de saúde devem ser objetos de avaliação contínua, pois estão inseridas no contexto de sistema público nacional brasileiro de cuidados de saúde (SUS).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas diretas às necessidades da saúde da população. A população brasileira, apesar da baixa taxa de fecundidade, continuará crescendo nas próximas décadas, mas o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou a 5,4% em 2000 e atingirá 19% em 2050, superando o número de jovens (NALESSO; CIRINO, 2019).

O fato de a população idosa tornar-se mais abundante nos próximos anos exige que o sistema público de saúde brasileiro reflita sobre as demandas de cuidado com o envelhecimento humano. Para a fisioterapia, as DCNTs e doenças degenerativas tornam-se prioritárias para o conhecimento da profissão. São necessárias abordagens mais específicas para lidar com novas tecnologias de cuidado para essa população (MENDES et al., 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a média complexidade ambulatorial, que inclui a fisioterapia, deve prestar os devidos serviços que atendam os problemas e agravos da população, por meio de assistência prática clínica, profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (NICOLETTI, 2007).

3.3 A saúde no território fronteiro

É importante considerar os territórios de fronteiras, que são espaços singulares onde as relações sociais desenvolvidas produzem elementos culturais, hábitos e valores próprios. Esses territórios também pode ser considerados espaços marcados por fenômenos de mobilidade e migração fronteiriças em busca de oportunidades de trabalho, educação, serviços de saúde ou outros aparelhos sociais (ZILLY, 2022).

Os princípios da integralidade e da universalidade de acesso do SUS são apontados como motivos de deslocamento de estrangeiros para o Brasil, em regiões de fronteira. O direito à saúde nessas regiões apresenta uma instabilidade que depende da postura ética e política dos

sujeitos envolvidos com o seu alcance, garantia e fruição (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015).

O Brasil compartilha fronteiras com dez países da América do Sul, abrangendo 588 municípios, distribuídos em 11 estados. No Estado do Paraná, existem 139 municípios dentro da faixa de fronteira, sendo quatro deles consideradas fronteiras gêmeas. Mesmo sem o apoio institucional do Estado, as cidades de fronteira realizam, há décadas, a prática cotidiana da integração fronteiriça como instrumento fático de existência, ou mesmo de sobrevivência (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Entre as cidades fronteiriças brasileiras, 33 são cidades gêmeas, que se caracterizam por ter alta interação econômica e cultural. Esses locais enfrentam uma dualidade, são espaços de controle e integração, um espaço-laboratório, pois as circulações transfronteiriças decorrem fundamentalmente de relações de trabalho, estudo, consumo e acesso aos serviços públicos, sendo os principais a saúde e a educação (ALBUQUERQUE, 2015; BENTO, 2015).

A transfronteirização se caracteriza por um processo social que promove o aproveitamento e valorização de uma fronteira. No âmbito desses processos, os habitantes transcendem a fronteira e a incorporam como um recurso em suas estratégias de vida de várias maneiras (CARNEIRO; FILIPPI, 2016).

Isto posto, observa-se que o existir em território fronteiriço conforma um fenômeno complexo, na medida em que as relações não se limitam ao aspecto local, mas traduzem uma dinâmica global e interações entre o nacional e o internacional, que podem tanto promover a integração como provocar conflitos, sobretudo quando se trata de direitos humanos, como no caso do direito à saúde.

O Direito é compreendido como um sistema de normas que regula o comportamento e a conduta dos homens na sociedade. A palavra pode ser utilizada, ainda, como sinônimo de justiça ou em sentido subjetivo quando se reivindica o direito à saúde (DALLARI, 1988).

Em qualquer das situações, o conceito deve ser analisado em sua historicidade. Lyra-Filho (2006), citado por Soares (2016, p. 323), afirma que o direito em sua processualidade histórico-concreta, “é expressão, num ângulo particular e inconfundível, da dialética de dominação-libertação, que constitui a trama, o substrato e a mola do itinerário humano, através dos tempos”.

Assim, os direitos sociais, que emergiram na Europa na segunda metade do século XIX, como resultado das lutas em torno da denominada “questão social”, devem ser vistos e assentados nas condições reais de existência, em cada formação social específica. Desse modo, concorda-se com Iamamoto (2009, p. 16) que “a luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de

desenvolvimento social”.

Se é reconhecido que existe uma desigualdade no usufruto do direito à saúde no território nacional, dadas as diferenças socioeconômicas, políticas, sanitárias e de organização social, percebe-se que esse direito se revela ainda mais complexo em regiões de fronteira internacional, onde se configura uma territorialidade que ultrapassa os limites nacionais, instituindo um modo de vida caracterizado pela convivência cotidiana entre brasileiros e não nacionais.

Os direitos humanos fundamentais ainda são vistos pelos Estados nacionais como uma engrenagem que não contribui com o desenvolvimento econômico, dado que o fetiche pelo lucro adoece e mutila a própria atenção à saúde (BELLO, 2009; BRAGA, 2004). O estudo de Castiglione (2018) revela que municípios fronteiriços frequentemente exigem documento de identificação dos cidadãos e comprovante de residência como “passaporte” para o acesso aos serviços de saúde.

A exigência de comprovante de residência para o acesso aos serviços de saúde pode ser compreendida como uma medida que inverte a cidadania em região fronteira e limita o cuidado em tempo oportuno (ARENHART et al., 2022).

3.4 Panorama dos serviços de fisioterapia no contexto nacional e internacional

Compreende-se o profissional fisioterapeuta como atuante no atendimento individual ou coletivo nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação de pessoas, grupos de pessoas ou comunidades, tendo como objetivo principal o movimento humano e sua funcionalidade (BARROS, 2003).

No Brasil, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, e os Conselhos Regionais – CREFITOS, são órgãos representantes de classe. Eles possuem caráter normativo, supervisor e fiscalizador do exercício profissional, tendo o dever legal e a função social de manter o controle ético e científico dos serviços ou atendimentos praticados pela fisioterapia e terapia ocupacional (COFFITO, 1975).

O profissional fisioterapeuta, de acordo com a Resolução COFFITO-80, apresenta as seguintes competências: elaboração do diagnóstico cinético-funcional, prescrição de plano terapêutico, escolha do tratamento fisioterapêutico adequado, alta fisioterapêutica, solicitação de exames complementares e atuação com a equipe multiprofissional.

Neves e Acioli (2011) enfatizam que o fisioterapeuta, além das qualificações anteriores apresentadas, está apto a planejar e estabelecer ações educativas e de prevenção, gerenciando os programas e serviços de saúde.

A fisioterapia, no Brasil, inicia seus primeiros passos por volta do início de século XX (BARROS, 2003). Em 1929, surge um dos primeiros serviços de fisioterapia pública, no hospital central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ARAUJO; SOARES, 2017). E, em 1956, surge a primeira instituição de ensino superior no país a oferecer o curso de graduação em fisioterapia de caráter regular: a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (BARROS, 2008).

Mas foi em 13 de outubro de 1969, após o Presidente Costa e Silva ter sofrido um acidente vascular encefálico grave e ter sido atendido por fisioterapeutas, que foi concedido o Decreto-Lei nº 938/69, que conferiu aos fisioterapeutas o devido reconhecimento como profissional de nível superior e a privatividade ao exercício da fisioterapia no Brasil (BARROS, 2003).

No Brasil, a partir de 1950, com a industrialização, os acidentes de trabalho e seu impacto na produtividade, bem como a incidência de doenças epidemiológicas que acometiam vítimas com sequelas motoras, houve a necessidade de tratar e reabilitar os indivíduos para reintegrá-los à sociedade e às suas atividades diárias (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Percebe-se, portanto, que os primeiros passos da fisioterapia no Brasil vieram ao encontro dos propósitos do modelo assistencial privatista, através da prestação de serviços reabilitadores e curativos (GAVA, 2004).

A fisioterapia no Brasil, a partir da década de 90, motivada pelo modelo médico-assistencial privatista, curativista, individual e especializada, passa a oferecer serviços por meio de contratos e convênios firmados com a iniciativa privada, instituições sem fins lucrativos e instituições de ensino superior, sendo sua procura feita de forma espontânea pelos usuários (GIOVANELLA et al., 2017; JUNIOR; JUNIOR, 2006).

No contexto mundial, a fisioterapia tem seus primórdios nas civilizações antigas, com a utilização dos recursos naturais (calor, água, peixes elétricos) para o alívio da dor e cuidados do corpo (ROSEN, 1980).

Existem registros de obras na China, que abordam a cura pelo movimento desde o ano de 2.698 a.C. Na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles (384 a.C.) já descrevia a ação dos músculos, ficando conhecido como o “Pai da Cinesiologia”. Na medicina grega, a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento (BARROS, 2003).

É possível identificar que, nessa época, a preocupação central era com as “diferenças incômodas”, que equivalem ao que hoje conhecemos por doença, direcionando a cura por meio da utilização de agentes físicos como o peixe elétrico – eletroterapia – e os movimentos do corpo humano – cinesioterapia (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Atualmente, a fisioterapia no mundo é reconhecida por sua atuação no tratamento de diversas patologias e na gestão do cuidado à saúde. Diferentes contextos culturais podem significar diferentes possibilidades de atuação da fisioterapia.

Nos Estados Unidos a saúde pública, utiliza como um dos principais tratamentos a fisioterapia (SCHNEIDER et al., 2021). No Canadá e nos Estados Unidos, a fisioterapia também atua na gestão do cuidado por meio de ferramentas de avaliação da qualidade do serviço assistencial (WESTBY et al., 2016). No Reino Unido, os fisioterapeutas podem atuar nas unidades de urgência e emergência (SEAL, 2017).

Na Noruega, a fisioterapia atua de forma preventiva na atenção primária (CERDERBOM; BJERK; BERGLAND, 2020). Na Grécia, a reabilitação hospitalar e ambulatorial pós-cirúrgicas, com ênfase na mobilidade dos usuários, é realizada por fisioterapeutas (MOUTZOURI et al., 2017). No Afeganistão, os desafios interculturais afetam a intervenção e a formação desses profissionais, principalmente os fisioterapeutas expatriados (WICKFORD; EDWARDS; ROSBERG, 2012).

Na Espanha, são oferecidos programas como o Serviço de Promoção da Autonomia Pessoal, para atender indivíduos com deficiência física-mental grave, relacionados à lesão medular, realizados pelo fisioterapeuta (CAPÓ-JUAN et al., 2016). Na Inglaterra, utiliza-se recursos terapêuticos manuais para a reabilitação de pacientes em ambiente ambulatorial musculoesquelético (ROBERTS, 2013).

No Sri Lanka, considerado um país com bons indicadores básicos de saúde, os serviços de fisioterapia estão disponíveis em unidades de cuidados intensivo (TUNPATTU et al., 2018). Na África do Sul, 90% dos indivíduos com dor lombar atendidos na atenção primária recebem medicamentos para a dor como única forma de tratamento, com pouca ou nenhuma assistência fisioterapêutica (MAJOR-HELSLOOT et al., 2014). Em Gana, o acesso à fisioterapia é limitado devido ao custo direto para os usuários (BELLO; QUARTEY; LARTEY, 2015).

Na Nigéria, o pouco conhecimento sobre a fisioterapia como forma de tratamento possibilita a não procura pelo serviço (IGWESI-CHIDOBÉ et al., 2021). No Butão, o sistema de saúde é patrocinado pelo governo, incluindo serviços de fisioterapia; no entanto, ainda não foram reconhecidos como um setor prioritário em todos os níveis de atendimento (TAMANG; DORJI, 2021).

Geralmente, as restrições de recursos humanos no setor da saúde têm sido um desafio crônico em muitos países em desenvolvimento com disparidades brutas entre os níveis de renda (WORLD, 2019).

3.4.1 Perfil de Profissionais Fisioterapeutas no Brasil e Paraná

Atualmente, a população estimada de profissionais fisioterapeutas no Brasil é de 110.238 (IBGE, 2021), registrados no CNES, considerando uma população nacional estimada em 215.356.353 de habitantes, a razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes no Brasil é de 0,51. Vale ressaltar que o COFFITO registrou cerca de 240 mil profissionais em 2023 .

No Paraná, as cidades de fronteira consideradas gêmeas (cidades com características similares) têm um comportamento geopolítico que merece atenção. A Tabela 1 apresenta a quantidade de profissionais fisioterapeutas cadastrados atualmente nas cidades gêmeas do Paraná (CNES) e a razão de profissionais por 1.000 habitantes.

Tabela 1: CBO 2236 – Fisioterapeutas das cidades gêmeas do Paraná.

Município	Total		Razão fisioterapeutas por 1.000 habitantes
	CNES	População-IBGE (2021)	
Barracão	3	10.347	0,29
Guaíra	14	33.497	0,42
Foz do Iguaçu	158	257.971	0,61
Santo Antônio do Sudoeste	11	20.354	0,54

Fonte: (IBGE, 2021).

A fisioterapia abrange diversas áreas de atuação para o atendimento prestado ao usuário do SUS. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais fisioterapeutas cadastrados no Brasil e no Paraná (CNES), considerando o registro da ocupação profissional (CBO).

Tabela 2: Distribuição dos Profissionais Fisioterapeutas no Brasil, Paraná e cidades gêmeas cadastrados no CNES.

CBO	Descrição	Brasil	Paraná	Barracão	Guaíra	Foz do Iguaçu	S. A. Sudoeste
223605	Fisioterapeuta Geral	105627	6637	3	14	157	10
223660	Fisioterapeuta do Trabalho	190	14	0	0	0	0
223655	Fisioterapeuta Esportivo	145	5	0	0	1	0
223650	Fisioterapeuta Acupunturista	800	83	0	0	0	0
223630	Fisioterapeuta Neurofuncional	468	36	0	0	0	0
223640	Fisioterapeuta Osteopata	107	7	0	0	0	0
223645	Fisioterapeuta Quiropraxista	41	2	0	0	0	0
223625	Fisioterapeuta Pulmonar	2063	61	0	0	0	0
223635	Fisioterapeuta Ortopedista	781	49	0	0	0	1
223611	Técnico em Mobilidade de Cegos	16	1	0	0	0	0

TOTAL	110238	6895	3	14	158	11
Razão a cada 1000 habitante	0,51	0,59	0,29	0,42	0,61	0,54
População estimada - Fonte: (IBGE, 2021)	215.356.348	11.597.484	10.347	33.497	257.971	20.354

Fonte: (BRASIL, 2021b).

O estudo de Veloso e Veronezi (2021) analisou a população total de fisioterapeutas de cada UF por 10.000 habitantes, apresentando uma média de 11,35 e evidenciando a maior densidade de profissionais nas regiões Sul e Sudeste.

O maior número de fisioterapeutas na região Sul e Sudeste mostrou concordância com os estudos de Tavares e colaboradores (2016), os quais identificaram que, nessas regiões, o maior número de metrópoles e municípios de grande porte se constituíram como os principais locais de atuação de fisioterapeutas.

3.4.2 Custos com a fisioterapia no Brasil

A transição epidemiológica para um perfil predominante de DCNT e o envelhecimento populacional, com aumento da longevidade, implicam em consequentes incrementos nos gastos em saúde, com acréscimo do repasse para a atenção primária e ações de prevenção (MENDES et al., 2012).

Outra característica do SUS é a complementaridade do setor privado, ou seja, instituições privadas podem prestar serviços aos usuários do SUS (BRASIL, 1990). Em 2017, a saúde suplementar apresentou uma taxa de cobertura nacional de 26% da população (ANS, 2013). Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), o valor aprovado por ano/atendimento segundo as Regiões/Unidade da Federação, para procedimentos de Fisioterapia de 2017 a 2022, foi superior a 1 bilhão de reais.

O delineamento do perfil de investimentos em fisioterapia e a verificação de sua relação com a taxa de cobertura de planos de saúde podem nortear a gestão, ao oferecer um diagnóstico dessa modalidade de investimento público. Essas informações seriam interessantes também para o planejamento de políticas e programas em saúde funcional. Além disso, serviriam para o dimensionamento de recursos físicos e humanos (HENRIQUES; BURANELLO; CASTRO, 2017).

Segundo Giacomelli e colaboradores (2016), a gestão do financiamento em saúde pública deve considerar segmentos da estrutura etária e o processo de transição demográfica. A população brasileira tem crescido com o passar dos anos, mesmo que esteja em processo de desaceleração populacional (IBGE, 2021). Os investimentos em serviços de fisioterapia também aumentaram, porém, a distribuição per capita não cresceu com o mesmo ritmo.

A respeito desse fato, é preciso considerar que, para tal distribuição, foram consideradas as divergências entre as unidades da Federação acerca dos perfis demográficos, epidemiológicos, sociais e financeiros, a fim de se manter a equidade de oferta do serviço (HENRIQUES; BURANELLO; CASTRO, 2017; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011). Isso porque a literatura aponta para a manutenção de uma conduta histórica em que os recursos financeiros do sistema público brasileiro são baseados não na necessidade dos usuários, mas na produção de serviços (CASTRO; ANDRADE; STONE, 2015; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Dessa forma, gera-se uma distorção na atenção à saúde, visto que a equidade preconizada pelo SUS compreende atender às necessidades da população e não aos interesses econômicos dos prestadores de serviços (MENDES; MARQUES, 2003).

O estudo de Henriques e colaboradores (2017) evidenciou as desigualdades das regiões brasileiras com relação aos gastos em fisioterapia no SUS. Para os gestores, tais resultados possibilitam um olhar mais aprofundado para a necessidade de distribuição mais equânime e eficiente dos gastos em fisioterapia e da complementaridade da saúde suplementar, fomentando o desenvolvimento de ações neste sentido.

3.5 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

A avaliação pode ser entendida como um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade (SILVA; FORMIGLI, 1994). As práticas de saúde constituem um objeto de avaliação, seja na dimensão do cuidado individual ou nos níveis mais complexos de intervenção e organização, como a avaliação de políticas, programas, serviços ou sistemas (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

De acordo com Tanaka e Melo (2004), a avaliação é a emissão de um juízo de valor tendo como base critérios previamente definidos. Na perspectiva de Contandriopoulos e colaboradores (1997), avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Para esses autores, as metodologias utilizadas podem ser consideradas como a avaliação normativa, resultantes da aplicação de normas para a emissão de juízo de valor.

Isso posto, a institucionalização da avaliação parte do entendimento de que ela é um processo contínuo, crítico e reflexivo, realizado de forma colaborativa pelos agentes envolvidos, com o propósito de apoiar decisões voltadas à gestão da qualidade na área da saúde (BRASIL, 2006), constituindo-se em uma importante ferramenta de gestão que, quando incorporada às práticas dos serviços de saúde, subsidia o planejamento, contribui para a

identificação de problemas e permite a mensuração do impacto das ações na saúde da população (BRASIL, 2016; TANAKA; MELO, 2004).

Donabedian (1990) fez uma valiosa contribuição para os processos de avaliação em saúde ao identificar sete pilares essenciais para a qualidade da assistência. O primeiro deles, a *eficiência*, refere-se à relação entre os resultados alcançados por uma atividade e os custos dos recursos utilizados. A *eficácia*, por sua vez, está relacionada ao grau de sucesso no cumprimento das metas estabelecidas dentro de um período determinado. Já a *efetividade* envolve a comparação entre os resultados observados e os objetivos originalmente propostos. A *otimização* diz respeito à busca pela minimização dos custos sem comprometer a qualidade do serviço oferecido. A *aceitabilidade* trata da adaptação da atenção à saúde às necessidades, desejos e valores dos cidadãos, além do acesso a esses serviços. A *legitimidade* refere-se à aceitação social da assistência em saúde, enquanto a *equidade* está ligada à distribuição justa dos serviços, respaldada pela sociedade.

Nesse sentido, a qualidade da assistência pode ser influenciada por fatores quantitativos e qualitativos, tais como: formação profissional, número de profissionais disponíveis, comportamento do mercado de trabalho, legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições (SILVA, 2010).

Souza e seus colaboradores (2007), em seus estudos sobre qualidade na prestação de serviços, ressaltam que os clientes comparam o que esperam obter com aquilo que, de fato, recebem durante a etapa de pós-compra do serviço. Entretanto, ao analisar os serviços de saúde, percebe-se que estes possuem características únicas que os diferenciam de outros tipos de serviços.

Urdan (2001) também direcionou seus estudos para as percepções e perspectivas do cliente e usuário do serviço de saúde. O autor destaca algumas particularidades relativas aos serviços de saúde: a falta de clareza quanto ao tempo necessário para os resultados manifestarem-se; a dificuldade dos usuários em avaliar aspectos técnicos; e a presença de autoridades distintas no cuidado.

Loures (2003) aponta cinco fatores que fundamentam a complexidade que envolve a prestação de serviços com foco na assistência à saúde. No 1º fator, a *intangibilidade dos serviços de saúde*: na assistência à saúde, o cliente fica impossibilitado de qualquer percepção ou prova do produto antes que venha a adquiri-lo. A questão torna-se ainda mais complexa ao considerar que, em alguns casos, há dificuldade em avaliar o serviço até mesmo na fase pós-consumo.

Em relação ao 2º fator, *a maior discrepância entre as expectativas do cliente e o recebimento do serviço*: as condições de saúde do usuário interferem diretamente em seu aspecto emocional e psicológico. Além disso, é importante considerar o aspecto da individualidade, uma vez que os parâmetros utilizados pelos clientes na avaliação de determinado serviço não são os mesmos.

Quanto ao 3º fator, *a imprevisibilidade da demanda dos serviços*: a demanda por serviços de saúde é menos previsível, podendo ser afetada pelo surgimento repentino de um vírus, por uma calamidade da natureza ou por um acidente. Essa imprevisibilidade dos serviços de saúde exacerba a perecibilidade dos mesmos.

No que se refere ao 4º fator, *a complexidade envolvida na tomada de decisão*: a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde. Após a decisão inicial de procurar um fornecedor, tomada por um usuário ou sua família, a maioria das outras decisões específicas relacionadas à aquisição de serviços de saúde é tomada por um fornecedor.

Concernente ao 5º fator, *o baixo poder de negociação*: nos serviços de saúde, geralmente há uma terceira parte (fonte pagadora) responsável pela remuneração dos serviços. Isso resulta em uma diminuição considerável do poder de barganha e negociação. Em suma, os clientes que buscam serviços de saúde geralmente não arcam diretamente com os custos de seu próprio tratamento.

Zeithaml e Bitner (2003) reforçam a ideia de complexidade envolvida nos serviços de saúde. Os estudiosos entendem que a qualidade deste tipo de serviço é, em grande parte, intangível e, portanto, difícil de medir e controlar. A medição do resultado técnico do serviço também é, muitas vezes, complexa e de difícil compreensão. Além disso, normalmente os usuários não possuem conhecimento suficiente na área da saúde para avaliar se o serviço prestado foi realizado adequadamente, ou até se o mesmo era realmente necessário.

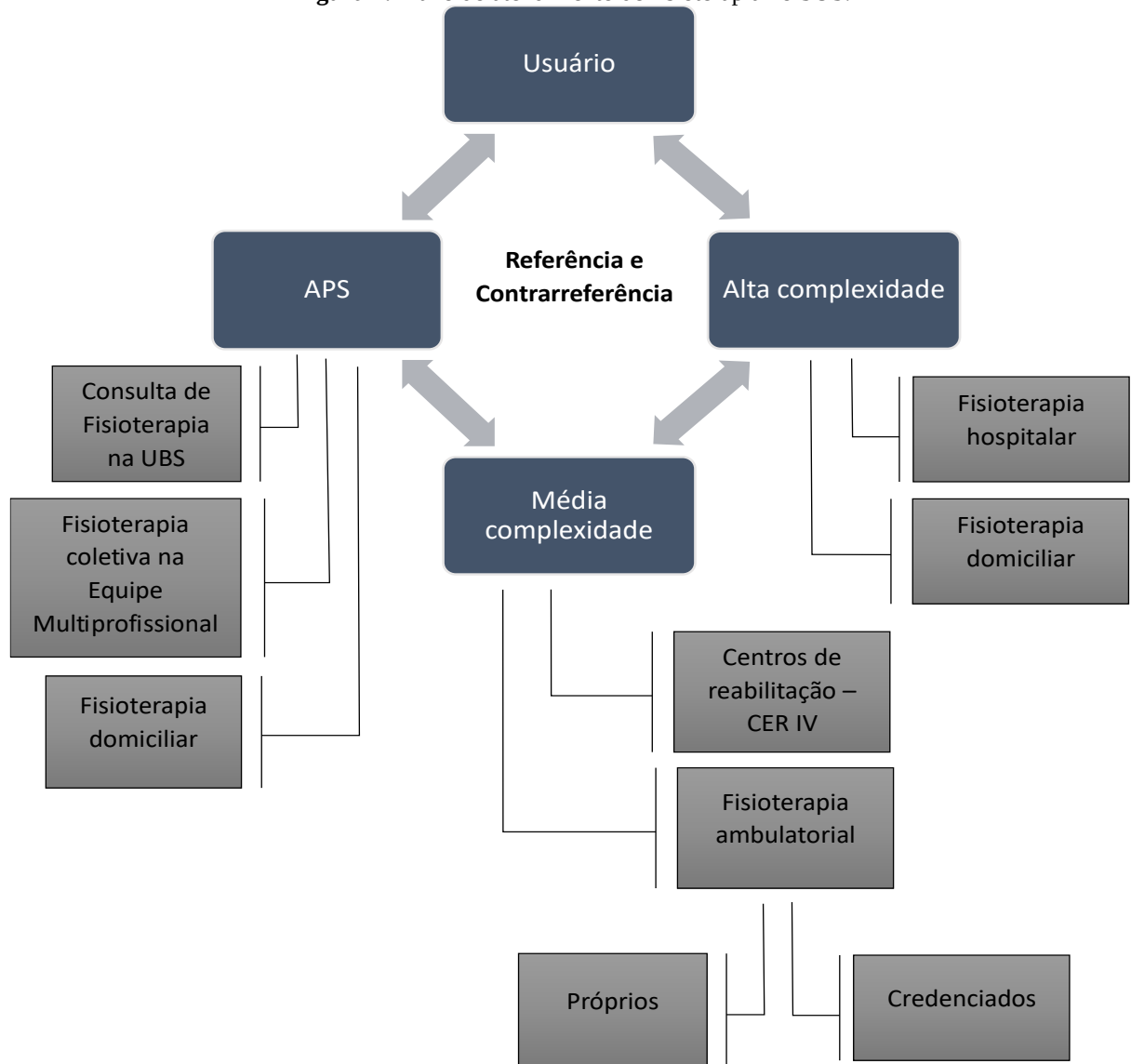
A "Qualidade Técnica" e a "Qualidade Funcional" correspondem às duas dimensões responsáveis pela formação da qualidade em saúde. A Qualidade Técnica, diz respeito a parâmetros como, por exemplo, a exatidão diagnóstica e a eficiência e eficácia de procedimentos. O resultado dos serviços prestados, ou seja, a maneira como o serviço de saúde é entregue ao usuário, refere-se à Qualidade Funcional. Esse parâmetro é o que mais se associa e o qual mais se utiliza no momento de avaliar o serviço de saúde (URDAN, 2001).

No SUS, os serviços de fisioterapia compreendem principalmente os atendimentos realizados por prestadores de serviços de saúde privados, podendo ser do próprio município ou

estado, sendo considerados de média complexidade no âmbito da assistência ambulatorial (BRASIL, 2011a).

A Figura 1 apresenta um modelo padrão de fluxo de atendimentos da fisioterapia nos municípios brasileiros, considerando normativas do SUS (BRASIL, 2002, 2006).

Figura 1. Fluxo do atendimento de fisioterapia no SUS.



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2010a).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delimitação do estudo e tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, para elaboração e validação de um instrumento para avaliação de serviços públicos de fisioterapia na atenção à saúde de média complexidade do SUS.

Optou-se por um estudo metodológico, pois esse tipo de pesquisa lida com maneiras de sistematização, aquisição e análise de dados, além de explicar a criação e validação de instrumentos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Na média complexidade estão incluídos os centros especializados de fisioterapia, de caráter ambulatorial e hospitalar, cuja prática clínica demanda profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2011b).

Para fins deste estudo, definiu-se como objeto os serviços públicos municipais de fisioterapia que se concentram na média complexidade ambulatorial, quais sejam os Centros Especializados de Fisioterapia (próprios e credenciados ao SUS) que atuam na rede como referência para a atenção básica.

Para o alcance dos objetivos propostos, este estudo seguirá três etapas investigativas, a saber: revisão de literatura por *Scoping Review*; elaboração do instrumento de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia; e validação de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação.

4.2 Revisão de literatura por *Scoping Review*

Com o propósito de aprofundamento na temática e de conhecer os instrumentos disponíveis para a avaliação da qualidade nos serviços de fisioterapia, realizou-se uma pesquisa exploratória e se utilizou do método *Scoping Review*, conforme a proposta do Joanna Briggs Institute - JBI (PETERS et al., 2020).

Destaca-se que foi realizada uma pesquisa preliminar, em agosto de 2022, inclusive na literatura cinzenta (dissertações e doutorados), e em outras bases de dados, como Capes, Pbi Usp e *Researchgate*, a fim de constatar se não havia registros predecessores de revisões do tipo *Scoping Review* a respeito da temática ou da estratégia de busca do presente estudo, além de identificar os instrumentos de avaliação dos serviços de fisioterapia já utilizados no

Brasil.

Posteriormente, as buscas ocorreram em bancos de dados internacionais (Lilacs-Bireme, Science Direct, PubMed, JSTOR). Para a construção das chaves de busca, foram utilizados vocabulários controlados, livres e os operadores booleanos OR e AND quando necessários.

A revisão do *Scoping Review* seguiu as seguintes etapas: (1) identificação das questões de investigação; (2) pesquisa dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) análise dos resultados; e (5) agrupamento, síntese e apresentação dos resultados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005) e atendeu às diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* – PRISMA (LIBERATI et al., 2009).

A pergunta norteadora foi: “Quais os instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional para avaliação da qualidade nos serviços públicos de fisioterapia?”, a qual foi formulada a partir do método PCC, proposto pelo JBI: *População* – Serviços de fisioterapia; *Conceito* - Avaliação da qualidade; *Contexto* - Serviços públicos.

Com base na pergunta de pesquisa e no PCC, foram estabelecidos os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): “Qualidade da assistência à saúde”; “Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde”; “Serviços públicos de saúde”; “Serviços de fisioterapia”. Traduzidos para o inglês: “Quality of Health Care”; “Health Care Evaluation Mechanisms”; “Public Health Services”; “Physiotherapy services”; e para o espanhol: “Calidad de la Atención de Salud”; “Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud”; “Servicios Públicos de Salud”; “Servicios de fisioterapia”.

Os critérios de inclusão foram: publicações no âmbito de saúde pública, que apresentassem instrumentos de avaliação validados para serviços públicos de fisioterapia; considerou-se os últimos dez anos de publicação, de 2011 a 2022; e disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas notas editoriais, estudos de revisão e artigos ou documentos duplicados.

Após a busca nas bases de dados (Lilacs-Bireme, Science Direct, PubMed, JSTOR), os resultados foram exportados para o Mendeley, um software de revisão que dá suporte na organização e seleção da amostra, identificando os artigos duplicados na mesma base de dados e facilitando, de forma dinâmica, o processo de tratamento da amostragem selecionada para a melhor gestão dos resultados.

Na sequência, após a exclusão dos materiais duplicados, realizou-se a leitura do título e do resumo, e a exclusão daqueles que não atenderam a temática (elegibilidade). Posteriormente,

efetuou-se a leitura completa dos artigos para selecionar os que seriam incluídos. Essas fases foram desenvolvidas por dois pesquisadores independentes. Os resultados da revisão foram apresentados no capítulo de resultados.

4.3 Elaboração do instrumento de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia

Com o intuito de subsidiar a elaboração do Instrumento de Avaliação de Serviços Públicos de Saúde – Fisioterapia (Q-FISIOSUS), inicialmente, foi construído um modelo lógico do serviço prestado.

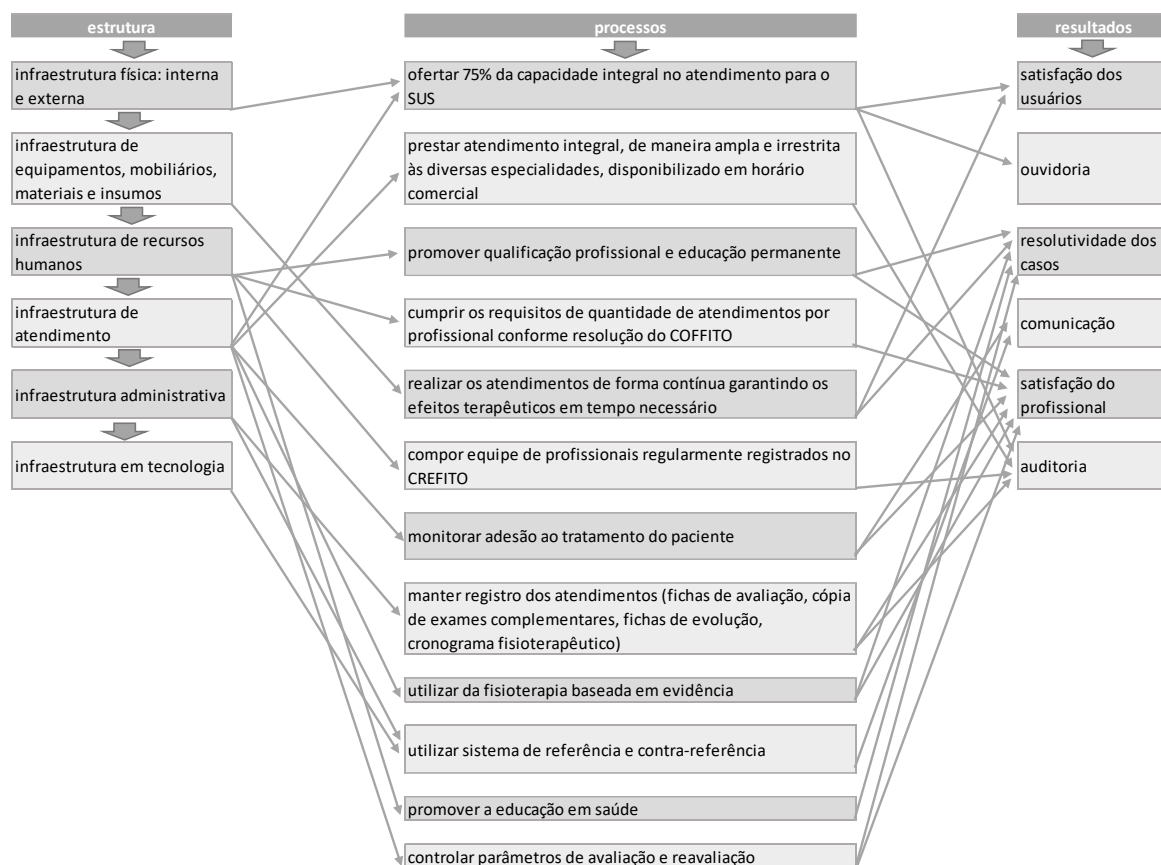
O modelo lógico procura ajustar uma representação do funcionamento de um programa/produto, com a finalidade de solucionar os problemas detectados. Ele pode servir como um alicerce para apoiar a explicação do exercício esperado, revelando onde se encontram os problemas do objeto do programa e como há a qualificação do mesmo para enfrentá-lo. Assim, deve-se nortear a proposta de funcionamento, bem como estabelecer os indicadores para o monitoramento e apreciação (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Para esta pesquisa, o modelo lógico (Figura 2) descreve o sistema de serviço público de fisioterapia nos cenários de prestação de serviços de saúde, ofertando a perspectiva de observar de maneira ampliada a assistência no SUS.

O modelo lógico foi fundamentado em duas premissas principais: a organização da estrutura e a organização do trabalho. Para tanto, considera-se a tríade composta por: recursos disponíveis (estrutura), atividades previstas (processo) e impactos esperados (resultados), todos interligados ao que foi originalmente planejado. O termo “estrutura” aqui utilizado diz respeito aos requisitos materiais, humanos e sistematizados no âmbito do cuidado; já o processo relaciona-se com o desempenho do cuidado, com enfoque nos resultados desejados (DONABEDIAN, 1978).

Como descrito anteriormente, no território de um município podem estar localizados serviços dos três níveis de atenção, sendo de interesse deste estudo os serviços de média complexidade em fisioterapia. O objeto desta pesquisa consiste na avaliação dos serviços vinculados ao Sistema Público de Saúde, sejam eles próprios ou conveniados ao SUS.

Figura 2. Modelo Teórico-Lógico dos serviços públicos de fisioterapia de média complexidade.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A construção do modelo teórico orientou-se a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde, dos órgãos fiscalizadores e da literatura a respeito de avaliação em saúde e avaliação da qualidade em saúde.

Os pressupostos que orientam o modelo definem (BRASIL, 2011a):

- a) O cuidado com a saúde no SUS envolve ações de promoção, proteção, reabilitação e ações de tratamento de doenças e estão organizadas nos níveis de atenção básica ou primária, média e alta complexidade. Estes níveis articulam-se em rede, respeitando os princípios da regionalização e hierarquização, com diretriz para a descentralização;
- b) A média complexidade é um nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial;
- c) A prestação dessas ações e serviços aos usuários do SUS pode ser feita por serviços municipais próprios ou por meio de credenciamento com a iniciativa privada. Nessa esfera, enquadram-se as entidades filantrópicas, por meio de convênios ou outras entidades;
- d) De acordo com Donabedian (2001), a maneira mais adequada para avaliar a qualidade de um serviço estaria na seleção de um conjunto de indicadores representativos.

A partir do modelo lógico dos serviços públicos de fisioterapia (estrutura, processo e resultados), foram identificadas as dimensões, subdimensões e os devidos critérios para a formulação das questões avaliativas (Quadro 1).

Para mensurar os critérios preestabelecidos atendidos, será utilizada uma escala do tipo *Likert*, adaptada para cada questão, em que: [1] não cumprimento do item; [2] cumprimento parcial do item; [3] cumprimento inadequado do item; [4] cumprimento integral do item.

Ao final, seguindo padrões da literatura (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUILMETTE et al., 2020), pretende-se elaborar os escores de qualificação com o objetivo de avaliar o serviço prestado, por meio da mensuração do escore padrão e percentil (conforme, satisfatório, insuficiente, não conforme).

Quadro 1. Apresentação dos parâmetros de avaliação para cada dimensão e subdimensão, fundamentados na tríade estrutura, processo e resultados.

Dimensão	Subdimensão	Parâmetros de avaliação	Fonte
ESTRUTURA	Infraestrutura física: interna e externa	Acessibilidade: garantia da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida	(BRASIL, 2002, 2014, 2016)
	Infraestrutura de equipamentos e mobiliários	Equipamentos permanentes mínimos exigidos	(BRASIL, 2002, 2010b, 2011b)
	Infraestrutura de materiais e insumos	Material de consumo e material permanente	(BRASIL, 2002, 2010b, 2011b)
	Infraestrutura de recursos humanos	Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos (8 a 12 usuários por 6 horas/trabalho)	(BRASIL, 2012; COFFITO, 2014, 2017; MENDES; CUNHA, 2018)
		Remuneração	
		Saúde dos trabalhadores (níveis de absenteísmo)	
	Infraestrutura de atendimento	Assistência ao usuário	(BRASIL, 2002, 2010b)
	Infraestrutura administrativa	Da administração do serviço	(BRASIL, 2010b)
PROCESSO	Infraestrutura de informação e tecnologia	Sistema de informação em saúde	(BRASIL, 2010a; NICOLETTI, 2007)
	Capacidade instalada de atendimento	Ofertar 75% da capacidade integral no atendimento para o sus	(BRASIL, 2010b)
	Atendimento amplo e irrestrito	Prestar atendimento integral, de maneira ampla e irrestrita às diversas especialidades, disponibilizado em horário comercial	(BRASIL, 2010b)
	Política de educação permanente	Promover qualificação profissional e educação permanente	(BRASIL, 2018)

	Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos	Cumprir os requisitos de quantidade de atendimentos por profissional conforme resolução do COFFITO	(COFFITO, 2011)
	Das modalidades terapêuticas	Realizar os atendimentos de forma contínua garantindo os efeitos terapêuticos em tempo necessário	(COFFITO, 1978)
	Do exercício da atividade profissional de fisioterapia	Compor equipe de profissionais regularmente registrados no CREFITO	(COFFITO, 2013)
	Registro do prontuário do usuário	Manter registro dos atendimentos (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, cronograma fisioterapêutico)	(COFFITO, 2012)
	Utilizar sistema de referência e contrarreferência	Ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada para garantir o processo de referência e contrarreferência.	(BRASIL, 2011a)
	Promover a educação em saúde	Promover a educação popular em saúde	(BRASIL, 2013)
	Controlar parâmetros de avaliação e reavaliação	Uso de protocolos assistenciais com uso de escala de medição	(MENDES; CUNHA, 2018)
RESULTADO	Satisfação dos usuários	Acolhimento	(BRASIL, 2010b; MENDES; CUNHA, 2018)
		Tempo de espera para atendimento	
		Tempo de espera para agendamento	
		Ouvidoria	
	Segurança do usuário	Eventos adversos que resultam em dano ao usuário	(MENDES; CUNHA, 2018)
	Resolutividade dos casos	Eficiência (relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados para alcançá-los)	(BRASIL, 2002; MENDES; CUNHA, 2018)
		Eficácia (capacidade de alcançar os objetivos propostos)	
		Efetividade (habilidade de se chegar ao que foi desejado da melhor maneira possível)	
	Satisfação do profissional	Ética profissional	(BRASIL, 2012; MENDES; CUNHA, 2018)
		Valorização profissional	
	Auditoria	Foi feita a auditoria pela gestão municipal e/ou controle social (nos últimos 2 anos)	(BRASIL, 2010b; NICOLETTI, 2007)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

4.4 Validação de instrumento

4.4.1 Método Delphi

O método Delphi, de um modo geral, é definido como uma atividade interativa projetada para combinar opiniões de um grupo de especialistas para obtenção de consenso. Ele baseia-se em um processo de comunicação grupal de maneira a permitir que indivíduos, como um todo, possam lidar e explorar um problema complexo. Entende-se que há uma concordância sobre os quatro pilares fundamentais do método, a saber: o anonimato, o uso de especialistas, a aplicação de rodadas interativas com feedback e a busca por consenso (SÁFADI, 2001).

Na área da saúde, o método Delphi começou a ser aplicado na década de 1960, em pesquisas destinadas a identificar áreas prioritárias para investigação e financiamento, auxiliar tomadas de decisão sobre ações futuras relacionadas à educação e políticas de saúde, além de orientar a definição de condutas clínicas (KEENEY; MCKENNA; HASSON, 2011).

Ademais de buscar o consenso, os estudos Delphi também pretendem alcançar uma previsão de futuro, com base em um método qualitativo/quantitativo de coleta de opiniões/dados fundamentados no conhecimento de um grupo específico de especialistas no tema estudado (SÁFADI, 2001).

Esse método propicia a conexão e a sinergia entre as opiniões e projeções de especialistas sobre assuntos pré-definidos pelo objetivo do estudo. Com esse método, é possível identificar os motivos pelos quais existem divergências entre as opiniões dos peritos e apurar se a natureza da diferença é legítima ou meramente semântica.

Neste estudo, será empregado o método Delphi com o uso de especialistas, pois ele possibilita reunir conceitos, julgamentos, apreciações e opiniões confiáveis a respeito do assunto.

4.4.2 Seleção dos Expert

De acordo com Wright e Giovinazzo (2000), o consenso no método Delphi representa a consolidação do julgamento intuitivo do grupo participante. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes e o feedback das respostas do grupo para reavaliação em rodadas de perguntas subsequentes são as principais características desse método, de acordo com os autores.

A utilização da técnica Delphi permite que profissionais de saúde, com experiências diversificadas e peritos em determinado tema, possam colaborar para a construção de consensos e opiniões sobre o assunto estudado, favorecendo a discussão de aspectos relevantes (SCARPARO et al., 2012).

Para essa pesquisa, foram adotados os seguintes critérios para a seleção dos especialistas: profissionais fisioterapeutas atuantes em regiões de fronteira internacional entre o Brasil e outros países, com experiência em atendimento ambulatorial de fisioterapia. Para os critérios de exclusão, foram desconsideradas as ausências de respostas depois de três contatos subsequentes, e aqueles que realizarem a devolução do instrumento após 15 dias do recebimento.

Os profissionais especialistas foram contactados via correio eletrônico (e-mail) por meio de um convite. Foram identificados pelo Cadastro Nacional de Saúde (CNS), plataformas profissionais (LinkedIn, CNPQ-Lattes) e conselhos regionais de fisioterapia (CREFITOs).

A literatura não fornece parâmetros para o estabelecimento de um número mínimo ou máximo de especialistas do painel (SANTOS; VIDOTTO; GIUBLIN, 2008). Todavia, para este estudo, foi estabelecida uma amostra de 169 profissionais contactados e um índice de segurança técnica de 30% de desistência dos participantes, sem comprometer a qualidade do estudo.

4.4.3 Coleta de dados

O questionário de investigação foi elaborado em uma plataforma virtual (*Google Forms*) e disponibilizado aos participantes por meio de correio eletrônico. As vantagens do uso desta ferramenta estão na praticidade tanto para o pesquisador ou coordenador da pesquisa quanto para o próprio perito.

Não há necessidade de envio de e-mail com arquivos que podem gerar conflitos, dificuldades de abertura ou risco de propagação de vírus eletrônicos. Além disso, sintetiza as respostas de todos os participantes, armazenando-as em um banco de dados virtual que possibilita acesso irrestrito sem permitir modificações tanto pelos peritos quanto pelo pesquisador ou coordenador (PEREIRA; ALVIM, 2015).

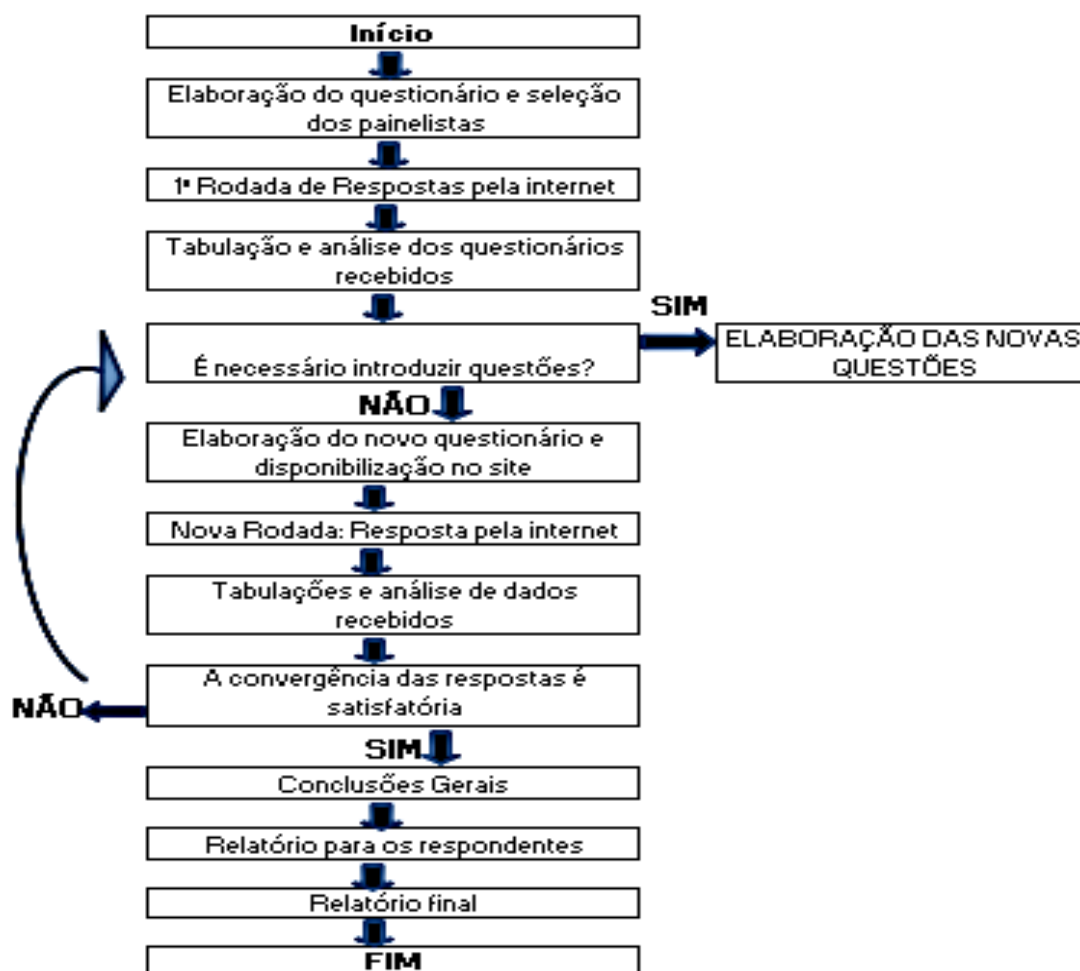
O questionário de investigação foi disponibilizado para os peritos por um prazo inicial de duas semanas e foi prorrogado conforme a necessidade (SCARPARO et al., 2012). As proposições foram formuladas e apresentadas com respostas em escalas de avaliação do tipo *Likert* (discordo totalmente, discordo parcialmente, não discordo nem concordo, concordo parcialmente, concordo totalmente). Esse escalonamento permitiu a análise quantitativa dos dados, os quais foram empregados nas fases seguintes.

O período da coleta de dados foi de 13 de novembro de 2023 a 31 de maio de 2024. A fase de coleta de dados seguiu o mínimo de duas rodadas do questionário entre os participantes, haja vista a necessidade de convergência de respostas e a introdução de novas questões, seguindo a sequência de execução proposta (Figura 3). À medida que foram obtendo consenso

nas proposições, as perguntas foram sendo retiradas da rodada, permanecendo no questionário da etapa seguinte apenas as proposições que ainda não tinham alcançado consenso (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Ao final de cada rodada, foi dado aos participantes um retorno dos resultados (*feedback*), e foram apresentados os resultados de cada proposição, bem como as justificativas e considerações feitas pelos peritos (sem identificá-los) na análise de cada proposição. Esse feedback pode incluir gráficos e tabelas que expressaram a situação alcançada por cada proposição analisada. As proposições que não obtiveram consenso configuraram-se como resultado de pesquisa e foram apresentadas como parte dos resultados.

Figura 3. Sequência de execução do método Delphi.



Fonte: Adaptado (OLIVEIRA et al., 2008).

Por fim, os participantes receberam o relatório com os resultados da pesquisa, que apresentou os dados consolidados, os consensos alcançados e as recomendações pertinentes a cada proposição formulada.

4.4.4 Análise dos dados

Para mensurar o grau de concordância dos peritos, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado a partir da soma das respostas 4 e 5 (concordo parcialmente e concordo totalmente) para cada pergunta respondida pelos peritos. Essa soma foi dividida pelo número total de respostas, conforme a fórmula: $IVC = (\text{número de respostas 4 e 5}) / (\text{número total de respostas}) \times 100$. O IVC médio das dimensões também foi calculado. O nível de consenso esperado para este estudo foi de 75% (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Para a análise dos dados, também foi aplicada a Razão de Validade de Conteúdo (CVR – *Content Validity Ratio*) para a comparação do número esperado, assumindo que os juízes estivessem respondendo ao acaso [$CVR = n_e - (N/2)/(N/2)$], sendo “N” o número total de juízes respondentes e o “ n_e ” o número de juízes que classificaram cada item como 4 e 5. Para o IVC, valores entre 0 e 1 são aceitáveis, sendo o melhor desempenho o valor mais próximo de 1. O CVR, por sua vez, varia entre -1 e 1, e o valor mínimo depende da quantidade de peritos. Neste estudo, foi considerado o valor mais próximo possível de 0,99 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0,78 para IVC e preferencialmente, maior que 0,90. Os valores de IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens. Se o valor do IVC for baixo, pode significar que os itens não são boas operacionalizações do construto subjacente, que as especificações ou instruções do construto para os especialistas foram inadequadas, ou que os próprios especialistas foram tendenciosos, erráticos ou não suficientemente proficientes (YUSOFF, 2019).

Embora a literatura recomende um IVC mínimo de 0,78 para a tomada de decisões sobre revisões ou rejeições das questões, neste estudo, optou-se por manter 0,75 como consenso mínimo esperado, com base em algumas pesquisas recentes (FABRIZ et al., 2021; LOCH et al., 2021; TONOLE, 2019) sobre elaboração e validação de conteúdo.

Por fim, foi feita a padronização de escores para classificação do “Q-FISIOSUS”, seguindo os padrões da literatura (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUILMETTE et al., 2020).

4.4.5 Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos

A psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área da Psicologia e da Educação. Ela se fundamenta na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, do método quantitativo, que tem como principal

característica e vantagem a capacidade de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2009).

De um modo geral, a psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens. Costuma-se definir a validade de um teste dizendo que ele é válido, se de fato, mede o que supostamente deve medir (PASQUALI, 2009).

Os instrumentos de medida desempenham um importante papel na pesquisa, na prática clínica e na avaliação de saúde. A confiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades de medida de tais instrumentos. A confiabilidade é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço, enquanto a validade refere-se à propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Atualmente, um número crescente de questionários ou instrumentos de medida que avaliam características psicossociais e diversos desfechos em saúde está disponível para uso em pesquisas, na prática clínica e na avaliação de saúde da população. Ressalta-se que a confiabilidade e a validade não são propriedades fixas e, portanto, podem variar de acordo com as circunstâncias, a população, o tipo e a finalidade do estudo (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

4.4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIOESTE, atendendo a todos os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do CNS sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado a cada participante (Apêndice I).

O projeto foi aprovado pelo CEP da UNIOESTE, sob o protocolo número 71041723.7.0000.0107, registrado no CAAE (Anexo I).

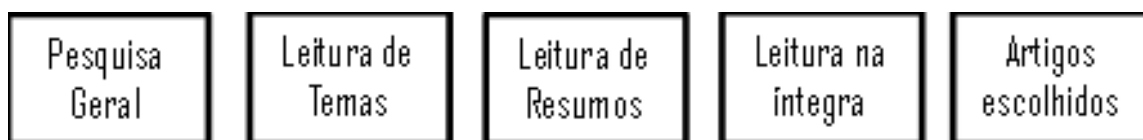
Uma vez identificados os possíveis participantes, o anonimato foi devidamente declarado e garantido para todos, em todas as fases de desenvolvimento da pesquisa. Com o aceite de participação, o TCLE foi encaminhado para assinatura e devolução por e-mail, antes do início da participação do especialista.

5 RESULTADOS

5.1 Escopo da literatura brasileira e internacional

Foram identificados, ao todo, 433 estudos nas bases de dados primários, dos quais 12 artigos foram selecionados para leitura integral, após considerar os critérios de elegibilidade.

Figura 4: Fluxograma das etapas de pesquisa realizada.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Foi identificada uma escassez de estudos que coincidisse com os termos da pesquisa nos repositórios de instituições de ensino do município de Foz do Iguaçu (UNIAMERICA, CESUFOZ, UDC, UNILA, UNIOESTE, Revista APS & Boas Práticas). No entanto, foram localizados estudos em outros repositórios institucionais de ensino superior (UFPB, UNISINOS, UFRJ, IUL, UNICAMP, UFPE); porém, foram selecionados apenas aqueles que atendiam aos critérios da pesquisa (UFSC, UEPB, UNIT).

Os critérios de busca utilizados inicialmente para os repositórios de instituições de ensino superior locais (município de Foz do Iguaçu-PR) justificaram-se pela busca de trabalhos realizados ao tema na região de fronteira.

Apesar do baixo número total de estudos selecionados nos bancos de dados: CAPES (n=4), repositórios institucionais (n=3), SciELO (n=3), Lilacs (n=2), os trabalhos escolhidos foram os que melhor representaram o tema pesquisado. Houve uma escassez de estudos que abordassem os critérios da pesquisa nos demais bancos de dados pesquisados: Research e PBI USP (n=0).

Os artigos selecionados abordam o contexto de saúde brasileiro e foram publicados entre 2011 e 2022. A descrição dos estudos, incluindo autor/ano, delineamento da pesquisa e seu quantitativo, e foco da avaliação, estão informados no quadro a seguir.

Quadro 2: Descrição dos estudos selecionados no escopo 1.

Autor/Ano	Delineamento	Foco da Avaliação
Fréz e Nobre [2011]	Estudo transversal	Satisfação dos usuários
Gonçalves, et al. [2011]	Estudo transversal	Satisfação dos usuários

Aleluia e Santos [2013]	Estudo transversal	Auditoria de fisioterapia
Medeiros [2013]	Estudo transversal	Avaliar a qualidade dos serviços públicos de fisioterapia
Barbosa [2014]	Estudo transversal	Satisfação dos usuários
Viana, et al. [2014]	Estudo transversal	Satisfação dos usuários
Cavalheiro, et al. [2015]	Qualitativo	Avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica
Aleluia, et al. [2018]	Qualitativo	Auditoria de fisioterapia
Moreno, et al. [2019]	Estudo transversal	Satisfação dos usuários
Mélo, et al. [2020]	Qualitativo	Avaliar a qualidade dos serviços de fisioterapia
Araújo, et al. [2020]	Estudo de caso	Auditoria de fisioterapia
Oliveira, et al. [2020]	Estudo de caso	Avaliar a qualidade do serviço de fisioterapia

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O foco de avaliação dos estudos se concentrou na satisfação dos usuários (BARBOSA, 2014; FRÉZ; NOBRE, 2011; GONÇALVES et al., 2011; MORENO et al., 2019; VIANA et al., 2014), na avaliação da qualidade da assistência fisioterapêutica (CAVALHEIRO et al., 2015; MEDEIROS, 2013; MÉLO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020) e na auditoria de fisioterapia (ALELUIA et al., 2018; ALELUIA; SANTOS, 2013; ARAÚJO et al., 2020).

O estudo de Esperidião e Trad (2005) destacou que a avaliação dos serviços públicos feita unicamente a partir da percepção dos usuários pode ser inconclusiva, pois o sentimento de gratidão dificulta uma visão mais crítica do processo. Por outro lado, Mélo e colaboradores (2020) já reconhecem que se faz necessário avaliar, também, a perspectiva de trabalhadores e gestores, e apontam a possibilidade de outros estudos para a ampliação da avaliação nesse sentido.

Uma segunda etapa do escopo foi dedicada à literatura internacional. Foram eleitas as fontes de dados por suas características: *Lilacs*, *ScienceDirect*, *PubMed* e *JSTOR* (Quadro 3).

Quadro 3. Bases de dados escolhidas para a pesquisa.

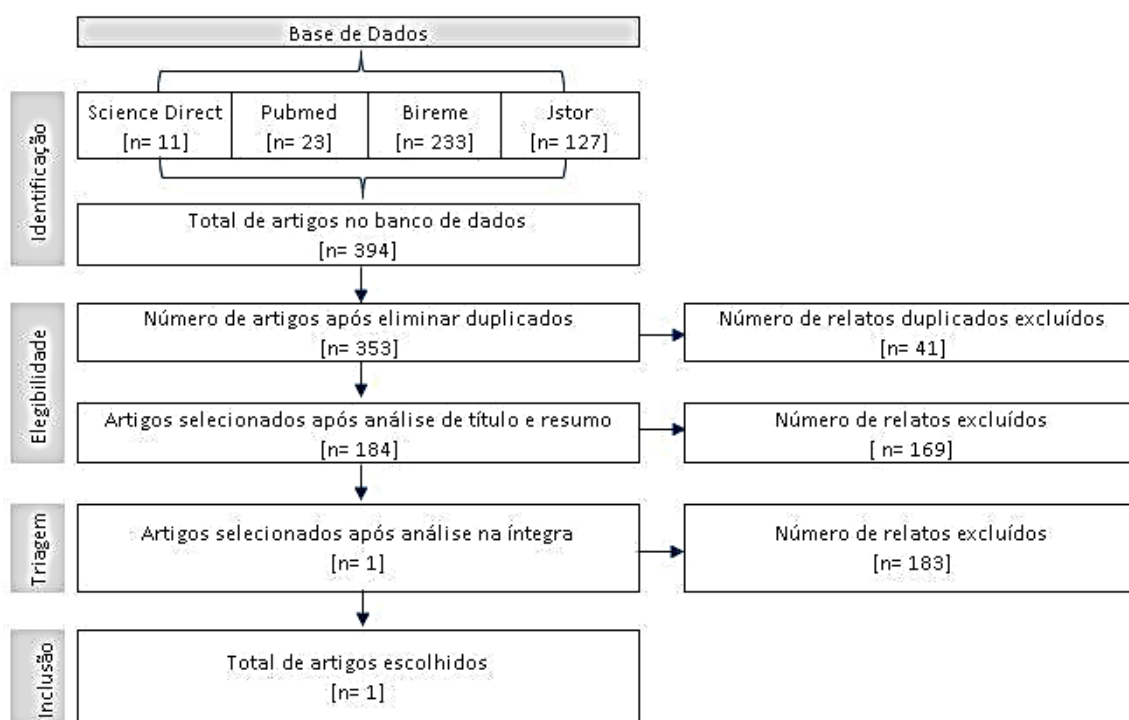
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Descrição: Oferece acesso à base de dados da literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) que é uma base cooperativa do Sistema. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. Inclui assuntos de: Gênero e Saúde, Infectologia, Medicina, Medicina Social, Previdência Social, Psicologia, Revisão Sistemática, Saúde Pública, entre outros.
<i>ScienceDirect – Elsevier</i>

Descrição: É uma plataforma para acesso de aproximadamente 2.500 revistas científicas e mais de 37.000 e-books. Os periódicos são agrupados em quatro seções principais: Ciências Físicas e Engenharia, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas.
PUBMED - U.S. <i>National Institutes of Health</i> (NIH)
Descrição: <i>PubMed Central</i> (PMC) é o arquivo digital gratuito do U.S. <i>National Institutes of Health</i> (NIH) de periódicos das áreas de biomedicina e ciências da vida. Os assuntos envolvem Biomedicina, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Medicina, Saúde, Saúde Pública, entre outros.
JSTOR – <i>Life Sciences</i>
Descrição: A Coleção <i>Life Sciences</i> apresenta a maior coleção de periódicos no campo das ciências e ampla cobertura das ciências da saúde. São mais de 160 revistas e 8 milhões de páginas, uma coleção que abrange mais de 340 anos de história da ciência e da pesquisa nas ciências. Inclui assuntos como: Biodiversidade, Biologia, Ciências da Vida, Medicina, Saúde Pública, entre outros.

Fonte: Respective banco de dados.

Inicialmente, foram encontrados 394 artigos nas bases de dados internacionais, após a aplicação dos primeiros critérios de inclusão, restaram 353, dos quais 41 foram excluídos por estarem duplicados. Após leitura de títulos e resumos, foram eleitos 184 artigos para a leitura na íntegra, por atenderem os requisitos previamente estabelecidos. Em seguida, foi realizada uma leitura criteriosa na íntegra, resultando na seleção de 1 artigo (MINGO-GÓMEZ et al., 2012) para a revisão por *Scoping Review*, conforme apresentado na Figura 5 e no Quadro 4.

Figura 5: Organização das etapas de pesquisa realizada no escopo 2.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quadro 4: Descrição do estudo selecionado no escopo 2.

Autor/Ano	Delineamento	Foco da Avaliação
Mingo-Gómez, et al [2012]	Estudo transversal	Satisfação dos profissionais

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

De maneira incipiente, a revisão internacional mostrou uma escassez de estudos que abordassem os critérios da pesquisa nos demais bancos de dados escolhidos. É importante destacar que esta pesquisa buscou rastrear instrumentos específicos de serviços públicos de fisioterapia. O que se observa é uma ausência de padronização, permitindo que cada país desenvolva um método próprio de avaliação da qualidade dos serviços, de acordo com seus respectivos sistemas de saúde.

O artigo selecionado (MINGO-GÓMEZ et al., 2012) aborda o contexto de saúde europeu e apresenta um instrumento para avaliar os serviços públicos de fisioterapia (Modelo EFQM), que foi adaptado para esse tipo de serviço. Apesar de não cumprir os critérios do Sistema Único de Saúde brasileiro, o modelo pode ser um importante instrumento de análise, pois apresenta características que se assemelham às do SUS.

Em uma análise crítica dos resultados desta pesquisa de revisão, é evidente a escassez de estudos nos últimos anos sobre instrumentos de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia, como já apresentado (MANDELLI et al., 2016; MÉLO; FARIAS; RIBEIRO, 2018). Contudo, a pesquisa mostrou que, apesar de poucos, alguns estudos vêm buscando a padronização de instrumentos de medida para avaliar a qualidade dos serviços de fisioterapia.

Conill (2011) salienta a importância de um sistema contínuo e sistematizado de avaliação dos serviços de saúde, visando à qualidade da assistência e à melhoria da prestação dos serviços oferecidos à população. Desse modo, reconhece-se a deficiente qualidade dos serviços oferecidos: equipamentos inadequados, escassez de profissionais, ausência de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde, além da falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços. Tais processos avaliativos têm como objetivo orientar políticas de melhoria do desempenho (MOREIRA; BORBA; MENDONÇA, 2007).

Sendo assim, os serviços de fisioterapia devem ser acompanhados sistematicamente e periodicamente por meio de instrumentos contínuos de avaliação. A presente pesquisa buscou identificar esses instrumentos disponíveis na literatura científica que fossem aplicados no contexto do SUS.

Em se tratando de avaliação da qualidade da assistência à saúde, uma contribuição

importante de Donabedian são os atributos que devem estar presentes no processo de avaliação, que envolvem os sete pilares da avaliação: Eficiência, Eficácia, Efetividade, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade (DONABEDIAN, 1990).

Observa-se que os estudos brasileiros evidenciados nesta pesquisa ainda fazem uso dos pilares de Donabedian, todos apresentam aspectos similares. No entanto, a falta de padronização, inclusive para processos de auditoria dos serviços públicos de fisioterapia, torna-se um desafio.

Outro ponto a ser discutido é a aplicabilidade de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados em diferentes regiões do país. Alguns estudos aqui observados tiveram a necessidade de adequar o instrumento de avaliação escolhido para o seu contexto sociocultural e administrativo (ALELUIA; SANTOS, 2013; ARAÚJO et al., 2020; FRÉZ; NOBRE, 2011; GONÇALVES et al., 2011).

Já há alguns anos, o Brasil apresenta variações demográficas e socioeconômicas que conferem uma distribuição desigual no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Essa comparação é observada nos atendimentos fisioterápicos oferecidos em cada região do país. Faltam estudos sobre o custo real desses atendimentos para os serviços de saúde e sua distribuição geográfica (CASTRO; ANDRADE; STONE, 2015).

Ademais, esta pesquisa mostrou que a auditoria dos serviços públicos de fisioterapia ainda enfrenta desafios relacionados à sua execução e funcionamento. A falta de metodologias padronizadas e recursos humanos para sua realização pode impactar na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

A auditoria funciona como um conjunto de ações amplas, que inclui aspectos de verificação do cumprimento de metas previstas em planos de saúde, apuração de resultados e comprovação da qualidade. Seu objetivo principal é viabilizar a racionalização e a efetividade dos gastos com a assistência à saúde, com fins de limitar ações fraudulentas sobre os recursos, mensurando a qualidade dos serviços que integram sistemas locais ou regionais (BRASIL, 2016).

A pesquisa possibilitou uma análise de possíveis instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia, a serem utilizados ou adaptados para um determinado município de tríplice fronteira. Considerando que a fisioterapia é um dos principais serviços utilizados pela população e de alta demanda e custo, faz-se necessário a implementação de métodos de avaliação concisos.

5.2 Elaboração do instrumento de avaliação

A definição dos critérios de avaliação para cada dimensão e subdimensão, fundamentados na tríade estrutura, processo e resultados, apresentados no Quadro 1, subsidiou a elaboração de uma matriz avaliativa, conforme o Quadro 5.

Quadro 5: Matriz avaliativa da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia.

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA		
Dimensão	Indicador	Subdimensão Acessibilidade
ESTRUTURA	Infraestrutura física: interna e externa	Garantia da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida
	Indicador	Subdimensão Recursos Humanos
	Infraestrutura de recursos humanos	Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos (8 a 12 usuários por 6 horas/trabalho)
		Remuneração
		Saúde dos trabalhadores (níveis de absenteísmo)
	Infraestrutura de atendimento	Assistência ao usuário
	Indicador	Subdimensão Infraestrutura
	Infraestrutura de equipamentos e mobiliários	Equipamentos permanentes mínimos exigidos
	Infraestrutura de materiais e insumos	Material de consumo e material permanente
	Infraestrutura administrativa	Administração do serviço
PROCESSO DE TRABALHO	Indicador	Subdimensão Tecnologia
	Infraestrutura em informação e tecnologia	Sistema de informação em saúde
	Indicador	Subdimensão Ações de Suporte
	Atendimento amplo e irrestrito	Prestar atendimento integral, de maneira ampla e irrestrita às diversas especialidades, disponibilizado em horário comercial
	Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos	Cumprir os requisitos de quantidade de atendimentos por profissional conforme resolução do COFFITO
	Exercício da atividade profissional de fisioterapia	Compor equipe de profissionais regularmente registrados no CREFITO
	Promoção da educação em saúde	Promover a educação popular em saúde
	Indicador	Subdimensão Condições para Atendimento
	Capacidade instalada de atendimento	Ofertar 75% da capacidade integral no atendimento para o SUS
	Política de educação permanente	Promover qualificação profissional e educação permanente
	Registro do prontuário do usuário	Manter registro dos atendimentos (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, cronograma fisioterapêutico)
		Subdimensão Resolutividade
	Modalidades terapêuticas	Realizar os atendimentos de forma contínua, garantindo os efeitos terapêuticos em tempo necessário
	Modalidades terapêuticas	Monitorar os resultados do usuário, considerando sua terapêutica escolhida
	Controlar parâmetros de avaliação e reavaliação	Uso de protocolos assistenciais com uso de escala de medição
	Utilizar sistema de referência e contrarreferência	Ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada para garantir o processo de referência e contrarreferência.

RESULTADO	Indicador	Subdimensão Satisfação
	Satisfação dos usuários	Acolhimento
		Tempo de espera para atendimento
		Tempo de espera para agendamento
		Ouvidoria
	Satisfação do profissional	Ética profissional
		Valorização profissional
	Segurança do usuário	Eventos adversos que resultam em dano ao usuário
	Indicador	Subdimensão Resolutividade
	Resolutividade dos casos	Eficiência (relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados para alcançá-los)
		Eficácia (capacidade de alcançar os objetivos propostos)
		Efetividade (habilidade de se chegar ao que foi desejado da melhor maneira possível)
	Auditoria	Avaliação periódica do serviço de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A matriz avaliativa da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia (Quadro 5) fundamentou a elaboração de 29 perguntas do instrumento de avaliação dos serviços ambulatoriais de fisioterapia (Quadro 6), o qual foi, posteriormente, submetido à análise de especialistas.

Quadro 6. Demonstrativo das perguntas do instrumento de avaliação da qualidade nos serviços ambulatoriais de fisioterapia “Q-FISIOSUS”.

PERGUNTAS	
1	A empresa possui Laudo de Acessibilidade garantindo o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida? Se sim, item contemplado, se não, aplicar checklist (Apêndice IV).
2	Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO de 8 a 12 usuários por 6 horas/trabalho? (Apêndice V).
3	A instituição contempla o novo piso salarial como profissional fisioterapeuta? (PROPOSTA PARA APÓS APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL)
4	Existe um programa voltado para a atenção à saúde dos profissionais fisioterapeutas?
5	Você considera que a infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliários são suficientes para dar necessária assistência ao usuário? (Apêndice VI)
6	Existe um sistema de informação e tecnologia para o serviço de saúde prestado?
7	O atendimento prioriza a atenção integral ao usuário, de acordo com contrato de prestação de serviço do município, considerando as diversas especialidades (Observação: Este <i>checklist</i> considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município)? (Apêndice VII)
8	Os profissionais fisioterapeutas estão regularmente registrados no CREFITO? (solicitar número do registro ou nome completo)
9	São realizadas estratégias de promoção e educação popular em saúde? (rodas de conversa, sala de

	espera, informativos de saúde, etc.)
10	A capacidade de atendimento consegue ofertar 75% de sua totalidade para o SUS?
11	Existem programas de qualificação ou incentivo, disponíveis aos profissionais fisioterapeutas como: capacitações, participação em eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, etc.?
12	Existe o registro de prontuários, físico ou virtual, do usuário? (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, plano fisioterapêutico).
13	Existem parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?
14	Existem protocolos assistenciais com uso de escalas/instrumentos de medição, anexados aos prontuários dos usuários?
15	Sobre o tratamento fisioterapêutico, existem mecanismos de referência e contrarreferência com outros serviços da rede assistencial? (Exemplo: APS, outras clínicas, hospitais).
16	Os profissionais fisioterapeutas realizam a escuta humanizada e acolhimento dos usuários?
17	Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário, de acordo com o horário agendado ou ordem de chegada na clínica, evitando longas filas de espera?
18	É disponibilizado para os usuários e profissionais um sistema de ouvidoria?
19	Existe um código de ética e conduta do estabelecimento de saúde?
20	Existe uma política de valorização profissional? (exemplo: progressão de carreira).
21	Os eventos adversos que resultam em dano ao usuário são registrados e monitorados como controle de segurança?
22	Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados?
23	Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários? (anualmente).
24	É disponibilizado para os usuários e profissionais um sistema de ouvidoria?
25	Existe um código de ética e conduta institucional?
26	Existe uma política de valorização profissional?
27	Os eventos adversos que resultam em dano ao usuário são registrados e monitorados como controle de segurança ao usuário?
28	Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados?
29	Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários?

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Com o propósito de mensurar a avaliação da qualidade, optou-se pelo uso de escala de *Likert*, conforme o Quadro 7, elaborada e adaptada para cada pergunta avaliativa.

Quadro 7. Escala de referência para mensuração das questões avaliativas.

1	2	3	4
não cumprimento do item	cumprimento parcial do item	cumprimento inadequado do item	cumprimento integral do item

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Com o propósito de quantificar a qualidade do serviço prestado, foi proposto escores

de qualificação, fundamentado em estudos anteriores (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUILMETTE et al., 2020). O método de classificação do escore padrão e percentil possibilitará classificar os serviços em: conforme, satisfatório, insuficiente e não conforme (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação de escores baseada no percentil de testes com distribuição não normal.

Percentil	Percentual absoluto	Classificação
90 a 100%	10%	Conforme
75 a 89,9%	15%	Satisfatório
50 a 74,9%	25%	Insuficiente
0 a 49,9%	50%	Não conforme

Fonte: (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUILMETTE et al., 2020).

5.3 Validação do instrumento

Ao realizar a seleção prévia dos especialistas, de acordo com os critérios de inclusão, foram contactados 169 profissionais. Foi aplicado um teste piloto com 3 profissionais voluntários que não fizeram parte dos especialistas. Inicialmente, 54 profissionais demonstraram interesse em participar da pesquisa. Desses, apenas 19 participaram da pesquisa como juízes. Na primeira rodada, os 19 juízes responderam completamente ao instrumento, porém, na segunda rodada, somente 17 finalizaram o processo de validação. A Tabela 4 apresenta a caracterização dos especialistas.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos especialistas.

Variáveis	n=19
Sexo *	
<i>Feminino</i>	12 (63,2)
<i>Masculino</i>	7 (36,8)
Idade média (DP)	37,4 (11,9)
Tempo médio de atuação (DP)	9,6 (8,4)
Experiência profissional *	8 (42,1)
Atuação no setor público e privado *	13 (68,4)
Atuação apenas no setor público *	6 (31,6)
Nível de formação *	

<i>Graduação</i>	4 (21,1)
<i>Especialização</i>	11 (57,9)
<i>Mestrado</i>	3 (15,8)
<i>Doutorado</i>	1 (5,3)

DP = Desvio Padrão

*Variáveis categóricas expressas por n (%);

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O instrumento “Q-FISIOSUS” foi submetido a duas rodadas no processo de validação de suas dimensões (estrutura, processo e resultados).

Na primeira rodada, foi identificado um IVC total de 59,71% e um CVR de 0,2. Questões que receberam pontuação abaixo de 75% nos devidos padrões (relevância, clareza e objetividade) foram revisadas segundo as recomendações dos juízes, sendo algumas delas reformuladas, incorporadas ou suprimidas. Ademais, algumas perguntas, mesmo atingindo 75%, foram ajustadas para torná-las mais claras e precisas, sempre levando em consideração as recomendações descritas pelos juízes.

Considerando a primeira rodada, quatro questões foram excluídas, conforme apresentadas a seguir: (1) [questão 7] “*A infraestrutura de insumos e materiais permanentes é suficiente?*”, com IVC de relevância 68,42%; (2) [questão 8] “*Existe uma infraestrutura administrativa organizada (organização do serviço)?*”, com IVC de relevância 63,16%; (3) [questão 11] “*O número de pacientes por profissional da fisioterapia atende o preconizado regularmente pelo COFFITO (até 12 pacientes por 6 horas/trabalho)?*”, por estar duplicada; (4) [questão 17] “*As modalidades terapêuticas oferecidas garantem os efeitos terapêuticos em tempo necessário e de forma contínua?*”, com IVC médio de clareza, objetividade e relevância de 43,86%.

Outras duas questões foram incorporadas a outras já existentes, sendo estas: (1) [questão 6] “*A infraestrutura de equipamentos e mobiliários permanentes mínimos exigidos é contemplada?*”; (2) [questão 23] “*Existe fila de espera e agendamento dos pacientes?*”, com IVC médio de clareza, objetividade e relevância de 75,44% e 68,42%, respectivamente, pois na recomendação dos juízes, poderiam ser complementadas em outras perguntas similares.

Em seguida, foram realizadas modificações no instrumento relativas aos 29 itens da primeira rodada, permanecendo o mesmo com 23 questões para a segunda rodada, sendo seis referentes à dimensão “estrutura”, nove à dimensão “processo” e oito à dimensão “resultados”. Este foi reenviado aos 19 juízes para nova avaliação e se manteve com 23 questões ao final da

rodada.

No Quadro 8, podem ser observadas as alterações realizadas no instrumento, por recomendações dos juízes na primeira e segunda rodada da Técnica Delphi e a versão final de cada questão.

Quadro 8. Questões das primeira e segunda rodadas do instrumento para validação de conteúdo e aparência para análise do uso do “Q-FISIOSUS”.

Questão na 1ª rodada	Questão na 2ª rodada	Questão final
1- [Indicador: Infraestrutura física] . A infraestrutura física interna e externa garante o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida?	1- [Indicador: Infraestrutura física] . A empresa possui Laudo de Acessibilidade garantindo o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida? Se sim , item contemplado, se não , aplicar check list. [click aqui para acessar checklist]	1- A empresa possui boa acessibilidade física garantindo o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida? [click aqui para acessar checklist]
2- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO (8 a 12 pacientes por 6 horas/trabalho)?	2- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO? (8 a 12 pacientes por 6 horas/trabalho)	2- Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO com respeito ao número de pessoas atendidas numa jornada de 6-8 horas? [click aqui para acessar referência]
3- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . A remuneração é considerada justa para os profissionais fisioterapeutas?	3- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . A instituição contempla o novo piso salarial como profissional fisioterapeuta? [PROPOSTA PARA APÓS APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL]	3- A instituição cumpre o pagamento do novo piso salarial do profissional fisioterapeuta? [LINK PARA APÓS APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL]
4- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . Existe acompanhamento sobre a saúde dos trabalhadores (níveis de absenteísmo)?	4- [Indicador: Infraestrutura de recursos humanos] . Existe um programa voltado para a atenção à saúde dos profissionais fisioterapeutas?	4- Existem ações para a atenção à saúde dos profissionais fisioterapeutas? [pausas, saúde mental, ergonomia, incentivo à saúde física, etc].
5- [Indicador: Infraestrutura de atendimento] . A infraestrutura de atendimento é suficiente para dar necessária assistência ao paciente?	5- [Indicador: Infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliário] . Você considera que a infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliários são suficientes para dar necessária assistência ao paciente? (Click Aqui para acessar o checklist)	5- Você considera que a infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliários são suficientes para dar assistência de qualidade ao paciente? [Click Aqui para acessar o checklist]
6- [Indicador: Infraestrutura de equipamentos e mobiliários] . A infraestrutura de equipamentos e mobiliários permanentes mínimos exigidos é contemplada?	Anexado a questão 5.	

7- [Indicador: Infraestrutura de materiais e insumos] . A infraestrutura de insumos e materiais permanentes é suficiente?	Excluída	
8- [Indicador: Infraestrutura administrativa] . Existe uma infraestrutura administrativa organizada (organização do serviço)?	Excluída	
9- [Indicador: Infraestrutura de informação e tecnologia] . Existe um sistema de informação e tecnologia para o serviço de saúde prestado?	6- [Indicador: Infraestrutura de informação e tecnologia] . Existe um sistema de informação e tecnologia para o serviço de saúde prestado?	6- Existe um sistema de informação e tecnologia para registro de dados assistenciais?
10- [Indicador: Atendimento amplo e irrestrito] . O atendimento é amplo e irrestrito com atenção integral ao paciente, de maneira ampla e irrestrita às diversas especialidades, disponibilizado em horário comercial?	7- [Indicador: Atendimento amplo e irrestrito] . O atendimento prioriza a atenção integral ao paciente, de acordo com contrato de prestação de serviço do município, considerando as diversas especialidades (Observação: Este checklist considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município)? [Click aqui para acessar checklist]	7- O atendimento prioriza a atenção integral ao paciente, de acordo com contrato de prestação de serviço do município, considerando as diversas especialidades (Observação: Este checklist considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município)? [Click aqui para acessar checklist]
11- [Indicador: Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos] . O número de pacientes por profissional da fisioterapia atende o preconizado regularmente pelo COFFITO (até 12 pacientes por 6 horas/trabalho)?	Excluída	
12- [Indicador: Exercício da atividade profissional de fisioterapia] . O corpo de profissionais da fisioterapia estão regularmente registrados no CREFITO?	8- [Indicador: Exercício da atividade profissional de fisioterapia] . Os profissionais fisioterapeutas estão regularmente registrados no CREFITO? [solicitar número do registro ou nome completo]	8- Os profissionais fisioterapeutas [e estagiários] estão regularmente registrados no CREFITO? [solicitar número do registro ou nome completo]
13- [Indicador: Promover a educação em saúde] . São realizadas estratégias de promoção e educação popular em saúde?	9- [Indicador: Promover a educação em saúde] . São realizadas estratégias de promoção e educação popular em saúde? (rodas de conversa, sala de espera, informativos de saúde, etc.)	9- São realizadas estratégias de promoção e educação em saúde? [rodas de conversa, promoção de autocuidado, estilo de vida, prevenção de quedas, informativos de saúde].
14- [Indicador: Capacidade instalada de atendimento] . A capacidade de atendimento consegue ofertar 75% de sua	10- [Indicador: Capacidade instalada de atendimento] . A capacidade de atendimento consegue ofertar 75% de sua	10- A capacidade de atendimento da clínica consegue ofertar 75% de sua totalidade para o SUS? Exemplo: de 100 atendimentos/dia

capacidade total para o SUS?	totalidade para o SUS?	disponibiliza 75 desses para o SUS?
15- [Indicador: Política de educação permanente] . Existem programas de qualificação e educação permanente disponíveis aos profissionais fisioterapeutas?	11- [Indicador: Política de educação permanente] . Existem programas de qualificação ou incentivo, disponíveis aos profissionais fisioterapeutas como: capacitações, participação em eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, etc.?	11- Existem programas de qualificação ou incentivo disponíveis aos profissionais fisioterapeutas como: capacitações, participação em eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, etc.?
16- [Indicador: Registro de prontuário do paciente] . Existe o registro de prontuários - físico ou virtual, do paciente (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, cronograma fisioterapêutico)?	12- [Indicador: Registro de prontuário do paciente] . Existe o registro de prontuários, físico ou virtual, do paciente? (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, cronograma fisioterapêutico).	12- Existe o registro de prontuários, físico ou virtual, do paciente? (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, plano fisioterapêutico).
17- [Indicador: Modalidades terapêuticas] . As modalidades terapêuticas oferecidas garantem os efeitos terapêuticos em tempo necessário e de forma contínua?	Excluída	
18- [Indicador: Controlar parâmetros de avaliação e reavaliação] . Existe parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?	13- [Indicador: Controlar parâmetros de avaliação e reavaliação] . Existe parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?	13- Existem parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?
19- [Indicador: Parâmetros de avaliação] . Existem protocolos assistenciais com uso de escala de medição?	14- [Indicador: Parâmetros de avaliação] . Existem protocolos assistenciais com uso de escalas/instrumentos de medição, anexados aos prontuários dos pacientes?	14- Existem protocolos assistenciais com uso de escalas/instrumentos de medição anexados aos prontuários dos pacientes?
20- [Indicador: Utilizar sistema de referência e contrarreferência] . As ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantem o processo de referência e contrarreferência?	15- [Indicador: Utilizar sistema de referência e contrarreferência] . Sobre o tratamento fisioterapêutico, existem mecanismos de referência e contra-referência com outros serviços da rede assistencial? (Exemplo: APS, outras clínicas, hospitais).	15- Sobre o tratamento fisioterapêutico, existem mecanismos de referência e contra-referência com outros serviços da rede assistencial? (Exemplo: APS, outras clínicas, hospitais).
21- [Indicador: Satisfação dos usuários] . Os profissionais realizam a escuta humanizada e acolhimento dos pacientes?	16- [Indicador: Satisfação dos usuários] . Os profissionais fisioterapeutas realizam a escuta humanizada e acolhimento dos pacientes?	16- Os profissionais fisioterapeutas realizam a escuta humanizada e acolhimento dos pacientes? [... é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu

		protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução].
22- [Indicador: Satisfação dos usuários] . Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário?	17- [Indicador: Satisfação dos usuários] . Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário, de acordo com o horário agendado ou ordem de chegada na clínica, evitando longas filas de espera?	17- Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário, de acordo com o horário agendado ou ordem de chegada na clínica, evitando longas filas de espera?
23- [Indicador: Satisfação dos usuários] . Existe fila de espera e agendamento dos pacientes?	Anexado a questão 22.	
24- [Indicador: Satisfação dos usuários] . É disponibilizado para os pacientes e profissionais um sistema de ouvidoria?	18- [Indicador: Satisfação dos usuários] . É disponibilizado para os pacientes e profissionais um sistema de ouvidoria?	18- É disponibilizado para os pacientes e profissionais um sistema de ouvidoria?
25- [Indicador: Satisfação do profissional] . Existe um código de ética e conduta institucional?	19- [Indicador: Satisfação do profissional] . Existe um código de ética e conduta do estabelecimento de saúde?	19- Existe um código de ética e conduta do estabelecimento de saúde?
26- [Indicador: Satisfação do profissional] . Existe uma política de valorização profissional?	20- [Indicador: Satisfação do profissional] . Existe uma política de valorização profissional? (exemplo: progressão de carreira).	20- Existe uma política de valorização profissional? (exemplo: progressão de carreira).
27- [Indicador: Segurança do paciente] . Os eventos adversos que resultam em dano ao paciente são registrados e monitorados como controle de segurança ao paciente?	21- [Indicador: Segurança do paciente] . Os eventos adversos que resultam em dano ao paciente são registrados e monitorados como controle de segurança ao paciente?	21- Os eventos adversos que resultam em dano ao paciente são registrados e monitorados como controle de segurança ao paciente?
28- [Indicador: Resolutividade dos casos] . Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados?	22- [Indicador: Resolutividade dos casos] . Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados?	22- Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados? [Exemplos: discussão de casos clínicos, avaliação dos resultados versus recursos utilizados, objetivos terapêuticos versus resultados, diagnóstico e prognóstico].
29- [Indicador: Auditoria] . Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários?	23- [Indicador: Auditoria] . Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários? (anualmente).	23- Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários? (anualmente).

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na segunda rodada, 17 juízes responderam ao questionário, com o IVC total do

instrumento atingindo 80,99% e o CVR, 0,6. A seguir, a Tabela 5 apresenta os resultados do IVC e de CVR para os padrões avaliados nos critérios: relevância, clareza e objetividade.

Considerando a tríade: recursos disponíveis (estrutura), atividades esperadas (processo) e impactos prováveis (resultados), relacionados ao que estava previsto (DONABEDIAN, 1978), elaborou-se o constructo desta pesquisa, com base nas dimensões mencionadas, e formulou-se uma matriz de avaliação inicialmente com 29 questões, sendo finalizada, após a metodologia de validação, com 23 questões no “Q-FISIOSUS”.

Tabela 5. Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, clareza e objetividade das questões de análise do uso do “Q-FISIOSUS” na segunda rodada.

Questões	IVC ¹			CVR ²
	Clareza	Objetividade	Relevância	média
1- A empresa possui boa acessibilidade física garantindo o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida? [click aqui para acessar checklist]	76,47	82,35	76,47	0,6
2- Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO com respeito ao número de pessoas atendidas numa jornada de 6-8 horas? [click aqui para acessar referência]	58,82	70,59	82,35	0,4
3- A instituição cumpre o pagamento do novo piso salarial do profissional fisioterapeuta? [LINK PARA APÓS APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL]	64,71	76,47	76,47	0,5
4- Existem ações para a atenção à saúde dos profissionais fisioterapeutas? [pausas, saúde mental, ergonomia, incentivo à saúde física, etc].	70,59	70,59	76,47	0,5
5- Você considera que a infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliários são suficientes para dar assistência de qualidade ao paciente? [Click Aqui para acessar o checklist]	76,47	82,35	82,35	0,6
6- Existe um sistema de informação e tecnologia para registro de dados assistenciais?	64,71	70,59	70,59	0,4
7- O atendimento prioriza a atenção integral ao paciente, de acordo com contrato de prestação de serviço do município, considerando as diversas especialidades (Observação: Este checklist considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município)? [Click aqui para acessar checklist]	70,59	76,47	82,35	0,5
8- Os profissionais fisioterapeutas [e estagiários] estão regularmente registrados no CREFITO? [solicitar número do registro ou nome completo]	100,00	100,00	100,00	1,0
9- São realizadas estratégias de promoção e educação em saúde? [rodas de conversa, promoção de autocuidado, estilo de vida, prevenção de quedas, informativos de saúde].	76,47	82,35	76,47	0,6
10- A capacidade de atendimento da clínica consegue ofertar	70,59	70,59	70,59	0,4

75% de sua totalidade para o SUS? Exemplo: de 100 atendimentos/dia disponibiliza 75 desses para o SUS?

11- Existem programas de qualificação ou incentivo disponíveis aos profissionais fisioterapeutas como: capacitações, participação em eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, etc.?	82,35	82,35	76,47	0,6
12- Existe o registro de prontuários, físico ou virtual, do paciente? (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, plano fisioterapêutico).	94,12	94,12	94,12	0,9
13- Existem parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?	88,24	88,24	88,24	0,8
14- Existem protocolos assistenciais com uso de escalas/instrumentos de medição anexados aos prontuários dos pacientes?	94,12	94,12	94,12	0,9
15- Sobre o tratamento fisioterapêutico, existem mecanismos de referência e contra-referência com outros serviços da rede assistencial? (Exemplo: APS, outras clínicas, hospitais).	82,35	88,24	88,24	0,7
16- Os profissionais fisioterapeutas realizam a escuta humanizada e acolhimento dos pacientes? [... é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução].	100,00	94,12	100,00	1,0
17- Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário, de acordo com o horário agendado ou ordem de chegada na clínica, evitando longas filas de espera?	94,12	88,24	82,35	0,8
18- É disponibilizado para os pacientes e profissionais um sistema de ouvidoria?	64,71	70,59	70,59	0,4
19- Existe um código de ética e conduta do estabelecimento de saúde?	94,12	94,12	94,12	0,9
20- Existe uma política de valorização profissional? (exemplo: progressão de carreira).	70,59	70,59	64,71	0,4
21- Os eventos adversos que resultam em dano ao paciente são registrados e monitorados como controle de segurança ao paciente?	82,35	82,35	82,35	0,6
22- Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados? [Exemplos: discussão de casos clínicos, avaliação dos resultados versus recursos utilizados, objetivos terapêuticos versus resultados, diagnóstico e prognóstico].	64,71	70,59	88,24	0,5
23- Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários? (anualmente).	76,47	76,47	76,47	0,5
Total	80,99			0,6

¹Índice de Validade de Conteúdo – IVC = número de respostas “3” / número total de respostas X 100.

²Razão de Validade de Conteúdo (CVR – Content Validity Ratio) = $CVR = \frac{ne - (N/2)}{(N/2)}$, onde “ne” é número de juízes que classificaram cada item como “3” e “N” é o número total de juízes respondentes.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na sequência, a Tabela 6 apresenta o IVC e o CVR final do instrumento para as dimensões Estrutura, Processo e Resultados. O processo de validação do instrumento seguiu as etapas do método Delphi, com previsão de duas a três rodadas de participação dos especialistas. Foram necessárias apenas duas rodadas, considerando a análise do grau de concordância dos juízes, por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e da Razão de Validade de Conteúdo (CVR), atendendo ao nível de consenso esperado para este estudo, estabelecido em 75%.

Tabela 6. Concordância dos juízes em relação às dimensões Estrutura, Processo e Resultados do instrumento nas primeira e segunda rodadas.

Dimensões	1ª Rodada		2ª Rodada	
	IVC	CVR	IVC	CVR
Estrutura	74,07	0,5	73,53	0,5
Processo	53,91	0,1	85,40	0,7
Resultado	52,44	0,0	81,37	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O Apêndice II traz a versão final do instrumento “Q-FISIOSUS” (instrumento para avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia prestados) validado e dividido em três seções/dimensões: estrutura, processo e resultado. A proposta do instrumento é avaliar a percepção do profissional fisioterapeuta, portanto, a entrevista deve ser realizada com esse profissional.

Na análise, a pontuação geral do escore do instrumento “Q-FISIOSUS” foi comparada à tabela construída a partir de modelos de avaliação propostos por estudiosos do assunto (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUILMETTE et al., 2020).

O “Q-FISIOSUS” final manteve 23 itens em forma de escala *Likert*, com apresentação numérica de 1 a 4. Para a avaliação do instrumento como um todo, considerando o valor mínimo de cada item, a pontuação mínima é 23, a máxima é 92 e a amplitude total, 69 pontos. A seguir, apresenta-se a Tabela 7, que exhibe os escores de qualificação propostos no instrumento de forma global.

Tabela 7. Escores para pontuação das dimensões no aspecto global.

Pontuação média	Intervalo de	Percentual (escores)	Percentual	Avaliação da dimensão
	classe		absoluto	
84 a 92	9,2	90 a 100%	10%	Conforme
70 a 83,9	13,9	75 a 89,9%	15%	Satisfatório

47 a 69,9	22,9	50 a 74,9%	25%	Insuficiente
23 a 46	46	0 a 49,9%	50%	Não conforme

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Em relação à avaliação de cada dimensão: “Estrutura”, a pontuação mínima a ser alcançada é 6 e a máxima é 36, com amplitude total de 27 pontos; na dimensão “Processo”, a pontuação mínima a ser alcançada é 9 e a máxima é 36, com amplitude total de 27 pontos; na dimensão “Resultado”, a pontuação mínima a ser alcançada é 8 e a máxima é 32, com amplitude total de 24 pontos (Tabelas 8, 9 e 10).

Tabela 8. Escores para pontuação da dimensão “Estrutura”.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Percentual absoluto	Avaliação da dimensão
22,7 a 24	2,4	90 a 100%	10%	Conforme
19 a 22,6	3,6	75 a 89,9%	15%	Satisfatório
13 a 18	6	50 a 74,9%	25%	Insuficiente
6 a 12	12	0 a 49,9%	50%	Não conforme

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A análise da dimensão “Estrutura” na primeira rodada, correspondente às questões de 1 a 9, apresentou baixo índice de concordância (<75%) entre os avaliadores. As observações negativas desses itens se concentraram nos atributos de clareza (73,68%), objetividade (72,51%) e relevância (76,02%).

Nessa dimensão, houve a necessidade de melhorar os atributos das perguntas em alguns itens, como se observou nas ponderações descritas a seguir, de alguns juízes: “*É em relação a APS (coletivo) ou serviço a nível Especializado?*” (Juiz 8); “*A qual infraestrutura se refere, não está claro*” (Juiz 20); “*Sugestão: Para registro dos dados a Equipe utiliza sistemas de informação*” (Juiz 20); “*Essa questão é em relação aos serviços prestados diretamente por profissionais concursados pelo SUS ou pelos credenciados?*” (Juiz 8); “*Não seria o mesmo questionamento do número 11?*” (Juiz 5); “*Para algumas pessoas, os termos ‘dentro’ e ‘fora’ precisam ser vistos para entender o sentido de ‘interna’ e ‘externa’*” (Juiz 7); “*Considero que perguntar de forma tão abrangente não vai traduzir a realidade, considerando que alguns profissionais nem sequer devem ter ciência das adaptações necessárias*” (Juiz 20).

Também foram sugeridas alterações e atualizações de referências. Sendo assim, foram feitas as atualizações pertinentes às observações dos juízes, resultando em seis questões. Na

segunda rodada, a dimensão “Estrutura” apresentou uma melhora importante no índice de concordância para os atributos de clareza (68,63%), objetividade (75,49%) e relevância (77,45%). Ainda foram necessários alguns ajustes para melhorar a clareza das questões, porém, manteve-se em seis questões.

Tabela 9. Escores para pontuação da dimensão “Processo”.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Percentual absoluto	Avaliação da dimensão
33,5 a 36	3,6	90 a 100%	10%	Conforme
28 a 33,4	5,4	75 a 89,9%	15%	Satisfatório
19 a 27	9	50 a 74,9%	25%	Insuficiente
9 a 18	18	0 a 49,9%	50%	Não conforme

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A dimensão “Processo”, constituída inicialmente pelas questões de 10 a 20, na primeira rodada, obteve baixo índice de concordância nos atributos de clareza (53,11%), objetividade (54,07%) e relevância (54,55%). Os juízes forneceram sugestões, como: *“não entendi a pergunta, pois é inespecífica, tendência a resposta do avaliado. Se o objetivo é perguntar sobre atenção integral, precisa esmiuçar práticas que sejam mais sensíveis para avaliar esse objeto”* (Juiz 20); *“sugestão de redação: os profissionais que atuam no serviço estão regularmente registrados no CREFITO?”* (Juiz 20); *“Considerar quais níveis de atenção na Rede?”* (Juiz 8); *“colocação quanto a exemplos”* (Juiz 7); *“não entendi a questão, pouco sensível”* (Juiz 20); *“não compreendo o que é referência e contra referência”* (Juiz 14).

Foram feitas as atualizações pertinentes às observações dos juízes, resultando em 9 questões.

Tabela 10. Escores para pontuação da dimensão “Resultado”.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Percentual absoluto	Avaliação da dimensão
29,9 a 32	3,2	90 a 100%	10%	Conforme
25 a 29,8	4,8	75 a 89,9%	15%	Satisfatório
17 a 24	8	50 a 74,9%	25%	Insuficiente
8 a 16	16	0 a 49,9%	50%	Não conforme

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A dimensão “Resultado”, na primeira rodada também apresentou índices de

concordância baixos para as questões de 21 a 29, nos atributos clareza, objetividade (52,05%) e relevância (53,22%). Foram dadas as seguintes sugestões de alterações: “*sugestão de referência*” (Juiz 20); “*Em qual momento? Na referência (fila) ou já na sala de espera?*” (Juiz 8); “*sugiro perguntar tempo de atuação no serviço*” (Juiz 20); “*Isso é em relação a prestadores ou atendimento direto no setor público?*” (Juiz 8).

Atualizações pertinentes às observações dos juízes foram devidamente executadas, resultando em 8 questões.

Na segunda rodada, tanto a dimensão “Processo” quanto “Resultado” obtiveram índices aceitáveis para todos os atributos de clareza (84,31% e 80,88%), objetividade (86,28% e 80,88%) e relevância (85,62% e 82,35%) respectivamente. Todavia, os juízes, mesmo em concordância com as atualizações feitas, fizeram novas observações, que foram consideradas relevantes para a finalização do método Delphi. Foram feitas as atualizações pertinentes às observações dos juízes, resultando em 8 questões.

A avaliação realizada pelos juízes em relação aos itens, às dimensões e ao instrumento como um todo não interferiu na definição dos escores de avaliação final do instrumento. Assim, considera-se que a pontuação média em cada dimensão, obtida pela soma dos pontos atribuídos a cada item, dividida pelo número total de itens, representa os escores de classificação adotados.

A análise de dados do “Q-FISIOSUS”, considerando o espectro dos especialistas, apresentou na primeira rodada, um baixo nível de aceitação e concordância geral (59,71%), tendo a necessidade de melhor adequação do construto. Na segunda rodada mostrou-se uma evolução importante nos ajustes feitos e apresentou melhor aceitação e concordância conforme o índice de validade de conteúdo (80,99%).

6 DISCUSSÃO

Na tentativa de sanar uma lacuna no processo de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia, foram identificados alguns estudos que tiveram os mesmos propósitos (ALELUIA et al., 2018; ALELUIA; SANTOS, 2013; ARAÚJO et al., 2020; BARBOSA, 2014; CAVALHEIRO et al., 2015; FRÉZ; NOBRE, 2011; GONÇALVES et al., 2011; MEDEIROS, 2013; MÉLO et al., 2020; MORENO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020; VIANA et al., 2014). No entanto, eles parecem não surtir muito efeito na prática, haja vista a sua aplicabilidade de forma despadronizada, descontinuada e sem foco no usuário.

O que se vê, no sentido de prezar por um serviço de qualidade e que priorize a resolutividade dos usuários, é uma fiscalização deficiente pelos órgãos competentes. O estudo de Aleluia e Santos (2013) já apontava para esse desafio, ao mencionar a inexistência de roteiros ou protocolos de auditoria em fisioterapia para o SUS. Entretanto, esse foi um dos primeiros estudos que tentou padronizar um instrumento de auditoria com base em indicadores concretos e seguros, capazes de impactar melhorias qualitativas sobre os serviços públicos de fisioterapia.

Um estudo mais recente (FELIX, 2021) apresentou a necessidade de uma adequada assistência por meio de um processo de gestão e monitoramento que atenda aos requisitos de qualidade e segurança do usuário, bem como ao desenvolvimento profissional. O autor conclui que essas avaliações isoladas apresentam uma contribuição limitada diante da carência de uma visão sistemática para gerenciar e avaliar a qualidade de um serviço assistencial.

No Brasil, a primeira tentativa de elaborar e validar psicometricamente um instrumento em português foi desenvolvida por Mendonça e Guerra (2007), com o objetivo de padronizar a avaliação dos serviços prestados na fisioterapia. Tinha como foco de avaliação a percepção dos usuários. Desde então, têm-se observado inúmeras tentativas de padronizar elementos de qualificação do serviço.

O instrumento “Q-FISIOSUS”, elaborado e validado neste estudo, propõe sua aplicabilidade como ferramenta complementar de auditoria e pode ser utilizado na avaliação dos serviços prestados para monitoramento por gestores municipais, controle social e pesquisadores em geral. Sua execução visa avaliar a qualidade do serviço prestado sob a percepção do profissional fisioterapeuta.

Outro fator importante a ser analisado, sem dúvida, é o financiamento desse serviço, que vem sendo assistido de forma incipiente. A literatura aponta para a manutenção de uma

conduta histórica em que os recursos financeiros do SUS são baseados não na necessidade dos usuários, mas na produção de serviços (CASTRO; ANDRADE; STONE, 2015; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Segundo Giacomelli e colaboradores (2016), a gestão do financiamento em saúde pública deve considerar segmentos da estrutura etária e o processo de transição demográfica. No caso das regiões de fronteira brasileiras com outros países, a especificidade é ainda mais delicada, considerando a transição demográfica interestadual e internacional.

É importante esclarecer que a efetividade se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas. Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica (VASCONCELOS et al., 2018).

Sobre o instrumento construído nesta pesquisa (Q-FISIOSUS), sua elaboração seguiu passos metodológicos rigorosos, abrangendo desde seu modelo teórico-lógico, com base em fundamentos e documentos reconhecidos na literatura, até a formulação de quesitos específicos e de fácil aplicação, capazes de representar o máximo possível a qualidade dos serviços públicos de fisioterapia.

A seguir, a discussão trata dos aspectos dimensionais do instrumento, considerados pertinentes para sua elaboração e validação.

Haja vista a necessidade de estrutura física mínima nesses estabelecimentos de saúde, considerando que os usuários possuem mobilidades e funcionalidades reduzidas, as normativas de acessibilidade (ABNT, 2020) definem as condições mínimas para acesso a esses centros de saúde. Inclusive, o instrumento “Q-FISIOSUS” incluiu um anexo de referência com critérios mínimos exigidos para assegurar a melhor acessibilidade possível.

A infraestrutura de recursos humanos na saúde pública desempenha um papel essencial na garantia da qualidade e eficácia dos serviços prestados à população. Para isso, é fundamental uma gestão eficiente, que assegure equipes compostas por profissionais qualificados e competentes. Além disso, a implementação de programas contínuos de capacitação e desenvolvimento é crucial para manter os profissionais atualizados sobre as melhores práticas e avanços tecnológicos na área da saúde. Promover avaliações regulares de desempenho e adotar medidas de melhoria contínua são estratégias que contribuem significativamente para aprimorar a qualidade dos atendimentos oferecidos.

Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos (COFFITO, 2011) foram diretrizes criadas para guiar gestores sobre a quantidade mínima exigida de atendimentos que devem ser prestados por profissionais com o objetivo não somente de assegurar a qualidade dos

atendimentos prestados (públicos ou privados), mas também de minimizar a sobrecarga física sofrida por esses profissionais durante as diversas modalidades terapêuticas manuais realizadas nos atendimentos.

A estrutura de remuneração e benefícios deve ser competitiva para atrair e reter talentos, enquanto políticas de saúde e segurança no trabalho são essenciais para garantir um ambiente seguro, tanto para os profissionais quanto para os usuários. Durante a elaboração deste instrumento (Q-FISIOSUS), o piso salarial do fisioterapeuta estava em discussão no Brasil por meio do PL. 1731/2021 (BRASIL, 2021a), buscando assegurar uma remuneração justa e condizente com a importância desses profissionais.

A utilização de tecnologia de RH e de processos, como sistemas de gestão de informações de saúde, facilita a administração eficiente e eficaz de processos complexos. Finalmente, uma cultura organizacional positiva e o cumprimento rigoroso das normas trabalhistas são essenciais para manter um clima de trabalho harmonioso e produtivo. Somado a isso, a saúde do trabalhador deve ser vista como imprescindível quando se trata de infraestrutura de RH, não somente do fisioterapeuta, mas de toda a equipe de profissionais na saúde pública.

Como já apresentado, houve tentativas de avaliar a infraestrutura de atendimento com foco no usuário. Aleluia e Santos (2013) apontam que a relação terapeuta-usuário pode dificultar a avaliação por parte do usuário, uma vez que, quando possuem altos níveis de envolvimento com o serviço, tendem a atribuir valores positivos a ele. Esse tipo de viés é difícil de eliminar, devido à natureza dos serviços.

O estudo de Moreno e colaboradores (2019) apresentou altos índices de satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados de fisioterapia. Entretanto, o mesmo estudo considera que talvez as condutas não tenham sido as mais adequadas, pois a pesquisa avaliou a satisfação do usuário com os cuidados prestados, e não os procedimentos e resultados alcançados.

O instrumento “Q-FISIOSUS” propõe sua avaliação com foco no profissional fisioterapeuta. Apesar de alguns instrumentos apresentados nesta pesquisa também usarem o profissional como integrante da avaliação, o usuário se tornou o foco principal e final do processo de avaliação da qualidade do serviço prestado. Entende-se que o profissional fisioterapeuta deve ser o protagonista da avaliação da qualidade, os resultados do tratamento são evidenciados diretamente por meio de um processo terapêutico respaldado por uma estrutura de trabalho adequada.

A organização do processo de trabalho no SUS foi estruturada para garantir o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). O SUS é um dos maiores

sistemas de saúde pública do mundo, baseado em princípios como universalidade, integralidade e equidade (OECD, 2021). As ações de suporte, como a garantia de atendimento amplo e irrestrito e a oferta de serviços conforme a capacidade instalada, visam à melhoria do acesso, em conformidade com os princípios do SUS (VASCONCELOS et al., 2018).

Não obstante, os estabelecimentos prestadores de fisioterapia nos municípios não são obrigados a atender exclusivamente o SUS quando contratados. No entanto, precisam ofertar cerca de 60% a 70% de sua capacidade instalada (BRASIL, 2010b) para os usuários do SUS. Entende-se como atendimento amplo todos os serviços ofertados em condições de igualdade a todo e qualquer cidadão brasileiro, respeitando o direito social à saúde e sem exclusões com base em gênero, idade, classe, etc.

Quanto aos profissionais fisioterapeutas, eles devem estar registrados no conselho de classe, “[...] é vedado, em atividade profissional nos Serviços de Fisioterapia, atribuir ou delegar funções de sua exclusividade e competência para profissionais não habilitados ao exercício profissional da Fisioterapia” (COFFITO, 2014, on-line). Todavia, os estabelecimentos também podem dispor de estagiários de fisioterapia (CREFITO-8, 2022). A questão oito do instrumento “Q-FISIOSUS” visa certificar que a efetividade do atendimento prestado seja realizada por profissional qualificado, assegurando os diferentes papéis entre profissional e estagiário.

O quesito Educação em Saúde é uma prática fundamental para promover o bem-estar da população, prevenir doenças e fomentar hábitos saudáveis. A Educação Permanente (EP), por sua vez, visa à formação contínua dos profissionais da área, garantindo que estejam sempre atualizados e capacitados para enfrentar os desafios do setor. Deve ser integrada ao cotidiano do trabalho, promovendo a reflexão crítica e a melhoria contínua dos processos e práticas de saúde (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). Sugere-se que o ambiente ambulatorial também seja um meio de promoção da saúde, promovendo o empoderamento e o autocuidado, criando ambientes saudáveis, utilizando mídias para disseminar informações sobre saúde e hábitos saudáveis, e incentivando o uso de aplicativos de saúde, entre outros.

As atividades de EP devem ser adaptadas às necessidades específicas dos profissionais e do contexto de trabalho. Devem incluir reuniões regulares onde os profissionais discutem casos clínicos, artigos científicos e experiências práticas; processos estruturados para fornecer e receber feedback contínuo sobre o desempenho profissional e as práticas de saúde; avaliação sistemática das práticas e resultados, seguida de planejamento e implementação de melhorias; e iniciativas específicas para melhorar aspectos críticos dos serviços de saúde, baseadas em dados e evidências.

Os processos estruturados também envolvem os registros de prontuários, controle de parâmetros de avaliação e reavaliação, e o uso de referência e contrarreferência ambulatorial. Esses indicadores foram subdivididos nas questões de 12 a 15 do instrumento “Q-FISIOSUS”, com o propósito de melhorar a resolutividade do serviço.

O prontuário fisioterapêutico é um documento obrigatório de registro das informações do usuário, bem como das atividades assistenciais prestadas pelo fisioterapeuta aos seus usuários. Quando a instituição adotar o prontuário eletrônico, o fisioterapeuta, imediatamente após seu registro, deverá consignar seu nome completo e seu número de registro no conselho de classe. O período de guarda do prontuário do usuário deve ser de, no mínimo, cinco anos a contar do último registro (COFFITO, 2012).

A avaliação, reavaliação e determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia e/ou terapia ocupacional constituem atos privativos, comuns ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional nas áreas de atuação (COFFITO, 1978). Espera-se que os controles desses parâmetros possam subsidiar tanto no cuidado integral à saúde do usuário quanto em sua habilitação para a alta fisioterapêutica.

Outro ponto importante a ser considerado no quesito resolutividade são os protocolos assistenciais de medição desse cuidado, como escalas de medição, testes específicos para avaliar níveis de capacidade funcional e controle de sinais vitais, todos anexados ao prontuário do usuário.

A referência e a contrarreferência em saúde são mecanismos do SUS que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema e a continuidade do cuidado, sendo, portanto, consideradas uma potente ferramenta para a promoção da prática integral na saúde (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

Apesar de esse método de comunicação ser mais discutido na APS, a compreensão da referência e contrarreferência em saúde deve ser visualizada como um mecanismo de organização do fluxo de acesso entre as unidades da RAS. O estudo de Andrade e Francischetti (2019) trouxe o entendimento de que a referência em saúde atua como forma de acesso à rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, e a contrarreferência em saúde atua como orientação para o retorno do usuário à APS, para a continuidade do cuidado.

Na prática, a comunicação em saúde na rede do SUS pode ser mais absorvida quando o profissional médico da APS encaminha o usuário para a fisioterapia. Após o devido tempo de cuidado, o profissional fisioterapeuta retorna o feedback do cuidado produzido ao médico e/ou à equipe multiprofissional. A comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar, pois a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais

rica e pertinente em relação à complexidade do usuário.

Por fim, a dimensão “Resultado”, do instrumento “Q-FISIOSUS”, teve o foco na relação entre satisfação e resolutividade. A satisfação do usuário do SUS pode variar significativamente dependendo de diversos fatores, como a localização geográfica, a especialidade do serviço, a qualidade do atendimento, a infraestrutura das unidades de saúde, entre outros (BRASIL, 2006, 2010b; MENDES; CUNHA, 2018). Entretanto, deve-se levar em consideração critérios mínimos quando se avalia a qualidade do serviço prestado no SUS, sendo a humanização o principal.

Alguns usuários podem elogiar a dedicação e o cuidado dos profissionais de saúde, enquanto outros podem apontar a falta de humanização e atenção. Outros usuários podem relatar dificuldades no acesso rápido a determinados serviços e especialistas, com longas filas e tempos de espera significativos. A segurança do usuário também é um item importante, pois garante o registro dos eventos adversos que podem resultar em dano.

A ouvidoria pode ser um canal de comunicação entre os cidadãos e o SUS, que tem como objetivo receber, encaminhar e responder às manifestações dos usuários. As manifestações podem incluir sugestões, reclamações, denúncias, elogios e solicitações. Por meio da ouvidoria, os cidadãos podem contribuir para a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados pelo SUS. Esse serviço deve estar sempre disponível tanto para o usuário como para o profissional.

A resolutividade no SUS, amplamente apresentada na APS, refere-se à capacidade do sistema de resolver os problemas de saúde da população (VASCONCELOS et al., 2018), oferecendo respostas de eficiência, eficácia e efetividade para as demandas apresentadas. No entanto, a atenção secundária atua em uma transição importante na RAS, onde os resultados obtidos no cuidado e resolução dos agravos do usuário impactam diretamente o sistema, caso os problemas de saúde não sejam sanados.

Portanto, esses princípios necessitam de monitoramento periódico que pode ser praticado no dia a dia dos profissionais. Sugere-se algumas metodologias, como discussões de casos clínicos, avaliação rotineira dos resultados *versus* recursos utilizados, objetivos terapêuticos *versus* resultados, diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico.

O presente instrumento elaborado apresenta ainda a possibilidade de qualificar o estabelecimento avaliado com base no escore observado (conforme, satisfatório, insuficiente, não conforme). Propõe-se que a avaliação do “Q-FISIOSUS” seja realizada a cada dois anos no estabelecimento. O instrumento foi elaborado para ser usado tanto em ficha impressa, como em formato de planilha no Excel, possibilitando o preenchimento digital.

O modelo de avaliação normativa proposto por Hartz (1997) continua a ser uma referência significativa no contexto da avaliação dos serviços de saúde. Segundo o estudioso, a avaliação normativa envolve o julgamento de uma intervenção com base na comparação entre os recursos utilizados e sua organização (estrutura), os serviços ou produtos gerados (processo) e os resultados alcançados, utilizando critérios e normas estabelecidos. Assim, espera-se que a avaliação normativa se torne uma prática comum em organizações ou programas de saúde pública, pois desempenha funções cruciais de controle, acompanhamento, garantia e melhoria da qualidade do serviço.

As limitações do estudo observadas foram: a escassez de pesquisas sobre instrumentos de avaliação padronizados dos serviços públicos de fisioterapia, o que motivou a realização desta pesquisa; a baixa quantidade de profissionais fisioterapeutas com mestrado, doutorado e experiência na prestação de serviços públicos de fisioterapia, o que pode ter comprometido a qualidade do estudo; o longo tempo de espera para o preenchimento do formulário pelos juízes, devido ao método virtual adotado; e, apesar de o instrumento proposto ter atingido os índices de conteúdo estabelecidos de forma global, ele ainda requer melhores índices de conteúdo e maior concordância para aprimorar sua acurácia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento de avaliação proposto nesta pesquisa conseguiu alcançar os critérios mínimos estabelecidos, mostrando-se aceitável para a sua aplicação prática.

A revisão de literatura por meio de *Scoping Review* permitiu, além de identificar a carência de instrumentos de avaliação dos serviços públicos de fisioterapia com foco no usuário, também sustentar a elaboração da matriz lógica que serviu de base para a construção dos itens do instrumento.

A validade de conteúdo e aparência do instrumento desta pesquisa foi considerada aceitável para sua aplicabilidade, assegurando sua conformidade com a abordagem teórica-metodológica deste estudo. As dimensões do instrumento e a construção dos escores de classificação foram consideradas suficientes na segunda rodada do método proposto para sua validação.

Espera-se que o instrumento “Q-FISIOSUS” possa se tornar uma ferramenta de avaliação da qualidade do serviço público de fisioterapia para regiões de fronteira e que possa ser aplicado por outros municípios. O instrumento possui aplicabilidade para gestores municipais, auditorias, controle social e pesquisadores em geral, a fim de avaliar e classificar os estabelecimentos que prestam serviços públicos de fisioterapia em suas regiões, visando à qualidade dos atendimentos prestados à população.

Por fim, desperta-se a expectativa de que novos estudos sejam feitos com a utilização do instrumento “Q-FISIOSUS” para a padronização futura, evitando a multiplicidade de instrumentos sem aplicação prática. Ressalta-se a necessidade de uma análise mais crítica do instrumento proposto para futuras aplicações.

REFERÊNCIAS

-
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Informações em saúde suplementar**. Brasília, DF: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/pagina-inicial>. Acesso em: 10 set. 2024.
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.
- ALBUQUERQUE, J. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista TOMO**, 2015.
- ALELUIA, Í. R. S. et al. Auditoria em serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS: Proposta de instrumento. **Revista Gestão & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 365–378, 2018.
- ALELUIA, Í. R. S.; SANTOS, F. C. Análise dos auditores em saúde quanto aos serviços públicos de fisioterapia no estado da Bahia. **Revista Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1217–1233, 2013.
- ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 54–64, 2019.
- ARAÚJO, R. DO V. et al. Aplicação de um instrumento de auditoria em serviços de fisioterapia do SUS na Bahia. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 7, n. 13, 2020.
- ARAUJO, R. F.; SOARES, J. S. A história da fisioterapia: Como a profissão se tornou o que é hoje. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 18, n. 3, p. 137–142, 2017.
- ARENHART, C. G. M. et al. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4233–4241, 2022.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.
- BARBOSA, E. C. B. **Satisfação da assistência fisioterapêutica: Uma avaliação de usuários no município de Esperança/PB**. Campina Grande, PB: Universidade Estadual da Paraíba, 2014.
- BARROS, F. B. M. DE. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, Rio de Janeiro, n.59, p. 20–31, 2003.
- BARROS, F. B. M. DE. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 94–954, 2008.
- BELLO, A. I.; QUARTEY, J.; LARTEY, M. Efficacy of Behavioural Graded Activity Compared with Conventional Exercise Therapy in Chronic Non-Specific Low Back Pain: Implication for Direct Health Care Cost. **Ghana Medical Journal**, v. 49, n. 3, p. 173–180, 2015.
- BELLO, E. Cidadania, alienação e fetichismo constitucional. In: **Anais do XVIII do Congresso Nacional do CONPEDI**. São Paulo, p. 518-545, 2009.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 75–57, 2012.
- BENTO, F. R. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional sul-americana | Conjuntura Austral. **Journal of the global south**, v. 6, n. 27–28, p. 40–53, 2015.

BRAGA, R. A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, p. 139–143, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1731/2021**: Dispõe sobre o piso salarial nacional dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2335266&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, v. 4, 2011a. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps/pneps>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/pnst>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portarian__4_279_de_30_de_dezembro_de_2010/295. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/seguranca-do-paciente>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem**

produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria nas assistências ambulatorial e hospitalar no SUS: Orientações técnicas.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160 p.

CAPÓ-JUAN, M. Á. et al. Satisfacción de las personas con lesión medular con el servicio de promoción de la autonomía personal en las Islas Baleares. **Revista Española de Salud Pública**, v. 90, 2016.

CARNEIRO, C. P.; FILIPPI, E. E. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata.** Porto Alegre: Ideograf, 2016. Disponível em: <https://search.worldcat.org/title/953068074>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, n. 6, p. 35, 2010.

CASTIGLIONE, D. P. Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00006018, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006018>.

CASTRO, S. S.; ANDRADE, P. M. O.; STONE, J. Prevalência de deficiências motoras e sua relação com o gasto federal com próteses, órteses e outros equipamentos nos estados brasileiros em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, p. 26–267, 2015.

CAVALHEIRO, L. V. et al. Design of an instrument to measure the quality of care in Physical Therapy. **Einstein** (São Paulo), v. 13, n. 2, p. 260–268, 2015.

CERDERBOM, S.; BJERK, M.; BERGLAND, A. The tensions between micro-, meso- and macro-levels: physiotherapists' views of their role towards fall prevention in the community – a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 97, 2020.

COFFITO. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 16805, 18 dez. 1975. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3318>. Acesso em: 15 ago. 2024

COFFITO. Resolução nº 387, de 8 de junho de 2011. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 115, p. 164, 16 jun. 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1533>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COFFITO. Resolução nº 414, de 19 de maio de 2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo fisioterapeuta, da guarda e do seu descarte e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 99, p. 23, 23 maio 2012. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1727>. Acesso em: 18 jul. 2024.

COFFITO. Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 147, 1 ago. 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 15 ago. 2024.

COFFITO. Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 202, p. 104-105, 20 out. 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3208>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COFFITO. Resolução nº 482, de 1º de abril de 2017. Fixa e estabelece o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 106, p. 212, 5 jun. 2017. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6857>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COFFITO. **Resolução nº 8, de 20 de fevereiro de 1978.** Aprova normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília: COFFITO, 1978. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=95484>. Acesso em: 18 jul. 2024.

COFFITO. Resolução nº 80, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8 [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 93, p. 7609, 21 maio 1987. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838#more-2838>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CONILL, E. M. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 195–195, 2011.

CONTANDRIOPOULOS A. P., CHAMPAGNE F., DENIS J. L., PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

COUTINHO, B. D. **Assistência ambulatorial fisioterapêutica no SUS: conhecer os usuários para se repensar o acesso**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

CREFITO-8. **Resolução nº 106, de 25 de maio de 2022**. Estabelece a política de aceitação de estagiários no âmbito do CREFITO-8. Disponível em: <https://www.crefito8.gov.br/portal/index.php/fiscalizacao/resolucoes-coffito-2>. Acesso em: 18 jul. 2024.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 57–63, 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. **Revista de órgano de la sociedad espanola de calidad asistencial**, v. 16, n. 1, p. 76, 2001.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science** (New York, N.Y.), v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303–312, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 85–116, 1991.

FABRIZ, L. A. et al. Construction and validation of a matrix for normative evaluation of the integrated health system of the borders. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. 3433, 2021.

FELIX, J. M. Gestão da qualidade em serviços de fisioterapia: Uma revisão bibliográfica. **Revistaft**, 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. R. D. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 419–428, 2011.

GAVA, M. V. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Paulo: Metodista, 2004.

GIACOMELLI, G. S. et al. Transição demográfica e gasto público: Uma análise comparativa de diferentes contextos. **Revista de Estudos Sociais**, v. 18, n. 37, p. 164–181, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GONÇALVES, J. R. et al. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, p. 47–56, 2011.

GUILMETTE, T. J. et al. American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 34, n. 3, p. 437–453, 2020.

HARTZ, Z. M. DE A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HENRIQUES, I. F.; BURANELLO, M. C.; CASTRO, S. S. D. Distribuição dos investimentos públicos em fisioterapia e cobertura da saúde suplementar no Brasil: série histórica de 2010 a 2015. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 280–287, 2017.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Edição única. Brasília, DF: CFESS e ABEPSS, p. 15-50, 2009.

IBGE. **Portal do IBGE**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>. Acesso em: 10 set. 2024.

IGWESI-CHIDOBÉ, C. N. et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. **Physiotherapy**, v. 111, p. 31–39, 2021.

ISAGS. **Sistemas de salud em Suramérica: desafíos para la universalidad, integralidad y equidad**. [s.l.] Fiotech, 2012.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006.

KEENEY, S.; MCKENNA, H.; HASSON, F. **The Delphi Technique in Nursing and Health Research**. 1. ed. New York: John Wiley & Sons, 2011. Disponível em: <https://www.wiley.com/en-us/The+Delphi+Technique+in+Nursing+and+Health+Research-p-9781405187541>. Acesso em: 12 set. 2024.

LEAL, A. A. **Proposta de um modelo para avaliação da qualidade no setor de saúde suplementar com a integração do QFD e do SERVQUAL**. Recife, 2012. 93 f. Dissertação (mestrado) - UFPE, Centro de Tecnologia e Geociências, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, 2012

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. **Sistemas de saúde na América Latina no século XXI**. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH), 2019.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 62, n. 10, 2009.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. COVID-19 pandemic: A health and humanitarian crisis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

LOCH, M. R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2197–2212, 2018.

MAJOR-HELSLOOT, M. E. et al. Management of LBP at primary care level in South Africa: up to standards?. **African Health Sciences**, v. 14, n. 3, p. 698–706, 2014.

MANDELLI, PATSY GERALDINE BALCONI et al. Qualidade na gestão de serviços de fisioterapia: Uma revisão sistemática. **XIX SEMEAD Seminários em Administração**, São Paulo, SP, Brasil, v. 19, 2016.

MASSUDA, A. et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, p. 735–744, 2021.

MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia no Estado de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MEDICI, A. Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. **Revista de Economia Política**, v. 29, p. 493–494, 2009.

MÉLO, E. S. D. et al. Qualidade de serviços de fisioterapia neuropediátrica: Validação de instrumento baseado na percepção de cuidadores. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 549–559, 2020.

MÉLO, E. S. D.; FARIAS, D. N. D.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Instrumentos de medida e aspectos de avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia: Revisão da literatura. **Conexão Ciência** (Online), v. 13, n. 4, p. 46–54, 2018.

MENDES, A. DA C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 955–964, 2012.

MENDES, Á. N.; MARQUES, R. M. Os (Des)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 389–404, 2003.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 673–690, 2011.

MENDES, D. P.; CUNHA, D. M. The opacity of nursing work and configurations of risk. **Salud colectiva**, v. 14, n. 4, p. 725–742, 2018.

MENDONÇA, K. M. P. P.; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, p. 369–376, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000500007>.

MINGO-GÓMEZ, M. T. et al. Satisfacción laboral del fisioterapeuta en la sanidad pública de Castilla y León. **Fisioterapia**, v. 34, n. 6, p. 251–256, 2012.

MOREIRA, C. F.; BORBA, J. A. M.; MENDONÇA, K. M. P. P. DE. Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. **Fisioter.pesqui**, p. 37–43, 2007.

MORENO, B. G. D. et al. Avaliação da satisfação dos usuários de fisioterapia em atendimento ambulatorial. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 322–328, 2019.

MOUTZOURI, M. et al. Greek Physiotherapists' Perspectives on Rehabilitation Following Total Knee Replacement: a Descriptive Survey. **Physiotherapy Research International: The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy**, v. 22, n. 4, 2017.

NALESSO, R. P.; CIRINO, C. F. DOS S. **Práticas fisioterapêuticas na atenção secundária e terciária**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2019.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 15, n. 37, p. 551–564, abr./jun., 2011.

NICOLETTI, R. H. A. (Org.). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 9, p. 64–85, 2015.

OECD. **A organização do sistema de saúde no Brasil e suas necessidades**. Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. Paris: OECD, 2021.

OLIVEIRA, A. N. de C. et al. Perspectiva da qualidade nos serviços de uma clínica de fisioterapia: Uma Análise Introdutória dos Conceitos de ServQual. **Caderno de Graduação - Ciências Exatas e Tecnológicas - UNIT - ALAGOAS**, v. 6, n. 2, p. 49–49, 2020.

OLIVEIRA, J. DE S. P. DE et al. **Introdução ao método Delphi**. 1. ed. Curitiba: Mundo Material, 2008.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista Escola Enfermagem**, v. 43, p. 992–999, 2009.

- PEREIRA, R. D. DE M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 174–180, 2015.
- PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBIM Evidence Synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- ROBERTS, L. Improving quality, service delivery and patient experience in a musculoskeletal service. **Manual Therapy**, v. 18, n. 1, p. 77–82, 2013.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SÁFADI, M. Q. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. **Anais do V SEMEAD**. São Paulo: FEA-USP, 2001.
- SANTOS, A. dos; VIDOTTO, L. S.; GIUBLIN, C. R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. **Ambiente Construído**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 51–59, 2008.
- SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. D.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603–614, 2010.
- SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M.; AZEVEDO, A. L.; FREITAS, M. R.; GABRIEL, C. S.; CHAVES, L. D. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista de Enfermagem (RENE)**, v. 13, p. 242–251, 2012.
- SCHNEIDER, B. J. et al. Characteristics of ambulatory spine care visits in the United States, 2009–2016. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 34, n. 4, p. 657–664, 2021.
- SEAL, R. Can advanced musculoskeletal physiotherapy practitioners help to relieve some of the pressures on the emergency department?. **International Emergency Nursing**, v. 35, p. 59–61, 2017.
- SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 80–91, 1994.
- SILVA, R. S. DA. Avaliação do serviço de fisioterapia municipal de Píuma/ES. **Perspectivas Online 2007–2011**, v. 4, n. 16, 2010.
- SIMÕES, T. C. et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3991–4006, 2021.
- SOARES, M. A. Os extratos de uma ontologia marxista do direito em Roberto Lyra Filho. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 2, n. 1, p. 322–353, 2016.
- SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017.
- SOUZA, A. M.; GRIEBELER, D.; GODOY L. P. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos: estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. **Produção**, v. 17, n. 3, p. 435–453, 2007.
- STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHÉ, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 505–519, 2011.
- TAMANG, M.; DORJI, T. Physiotherapy services in patient care in Bhutan. **Human Resources for Health**, v. 19, n. 1, p. 107, 2021. Disponível em: <https://human-resources>

health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00649-1. Acesso em: 10 set. 2024.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**. São Paulo: Edusp, 2004.

TAVARES, L. R. C.; COSTA, J. L.R.; OISHI, J.; DRIUSSO, P. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. **ConScientiae Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 53–61, 2016. DOI: 10.5585/conssaude.v15n1.6152.

TONOLE, R. **Elaboração e validação de instrumento para avaliação dos recursos humanos e materiais na perspectiva da prevenção de lesão por pressão**: estudo metodológico. Dissertação—Niterói/RJ: Universidade Federal Fluminense, 2019.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975–986, 2006.

TUNPATTU, S. et al. A short, structured skills training course for critical care physiotherapists in a lower-middle income country. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 34, n. 9, p. 714–722, 2018.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, p. 44–55, 2001.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção primária à Saúde: Revisão integrativa de literatura. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, 2018.

VELOSO, A. H. N. .; VERONEZI, R. J. B. . Georeferenced survey of physiotherapists in Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e536101422392, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22392.

VIANA, J. R. S. et al. Avaliação da satisfação com a fisioterapia de pacientes atendidos em uma clínica escola de Maringá/PR. **Uningá Review**, v. 17, n. 2, 2014.

WESTBY, M. D. et al. Emerging Role of Quality Indicators in Physical Therapist Practice and Health Service Delivery. **Physical Therapy**, v. 96, n. 1, p. 90–100, 2016.

WICKFORD, J.; EDWARDS, I.; ROSBERG, S. A transformative perspective on learning and professional development of Afghan physiotherapists. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 28, n. 4, p. 269–282, 2012.

WORLD P. Pesquisa revela o estado global da profissão de fisioterapia. **World Physiotherapy**, 2019. Disponível em: <https://world.physio/news/surveys-reveal-global-state-of-the-physical-therapy-profession>. Acesso em: 10 set. 2024.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI: Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p. 54–65, 2000.

YUSOFF, M. S. B. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. **Education in Medicine Journal**, v. 11, p. 49–54, 2019.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. Marketing de serviços: a empresa como foco no cliente. Tradução de: Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soaers. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZILLY, A. **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina**. São Carlos, SP: Pedro Amaro Moura Brito, 2022.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA EM REGIÃO DE FRONTEIRA, do pesquisador fisioterapeuta Wilson Alexandre Cabral Costa, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Aparecida Fabriz.

A pesquisa tem por objetivo construir e validar um instrumento para avaliar a qualidade dos serviços de fisioterapia na região de tríplice fronteira. O trabalho faz parte de um projeto de pesquisa do Programa de Mestrado em Saúde Pública na região de fronteira, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Oeste do Paraná de Foz do Iguaçu, sob o parecer nº6.209.566 e CAAE 71041723.7.0000.0107.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, pois foi considerado um profissional experiente e que pode contribuir com a construção desse instrumento de avaliação. A sua participação consistirá em analisar a proposta do instrumento, bem como, sugerir alterações.

Sua participação é inteiramente voluntária. Você poderá desistir a qualquer momento e por qualquer motivo sem ter de explicar os motivos ao pesquisador responsável. Caso concorde, será convidado a responder online um questionário que abordará seu ponto de vista sobre questões sobre a estrutura e o processo de elaboração de um questionário de avaliação, com o objetivo de construir e validar um instrumento para avaliar a qualidade dos serviços públicos de fisioterapia. Esta atividade levará um tempo aproximado de 30 minutos. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP da Unioeste.

A sua participação não lhe trará nenhum benefício direto. Entretanto, a sua colaboração nos ajudará a analisar as questões que comporão o instrumento de pesquisa com sugestões, adequações e indicação de novas perguntas. A pesquisa envolve um risco pequeno relacionado, principalmente, a quebra do sigilo dos seus dados. Entretanto, a equipe de pesquisadores tomará todos os cuidados para minimizar este risco. Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas. Ressalto que você, por qualquer motivo, poderá desistir de continuar participando a qualquer momento.

Todas as informações serão confidenciais, quando necessário suas informações de qualificação profissional serão usadas em anonimato. Os questionários não terão nem o nome nem o endereço dos participantes. Todos os dados levantados ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores e somente eles poderão acessá-los. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de construir um instrumento validado que possa avaliar os serviços próprios e credenciados da rede de atendimentos de fisioterapia no âmbito do SUS, e que venha contribuir com a melhoria desse serviço disponibilizado para a população em geral, não só na rede pública, mas que possa ser útil para a rede privada da região.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com as pesquisadoras por meio dos dados abaixo. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unioeste, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa. Os dados para contato também estão indicados abaixo:

Pesquisador:

Nome: Wilson Alexandre Cabral Costa

Endereço: Av Araucaria, nº 427, Bairro Vila A, Foz do Iguaçu, PR

Telefone: (45) 99847-1397. Correio eletrônico: wilsoncostafisio@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unioeste:

Atendimento de segunda a sexta, horário 8:00 as 15:30

Local: Reitoria da Unioeste, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária n.1619, bairro Universitário, Cascavél-PR

Tel: (45) 3220-3092

Correio eletrônico: cep.prppg@unioeste.br

CONSENTIMENTO:

Eu fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, ou desistir a qualquer momento, se desejar. Mês foi disponibilizado uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estou ciente de que o questionário e seus resultados serão tratados sigilosamente. Eu aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Foz do Iguaçu, ____/____/____

[assinatura virtual]

APÊNDICE II

Modelo do Instrumento de Avaliação “Q-FISIOSUS”

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA [Q-FISIOSUS] COSTA, W. A; FABRIZ, L. A. (2024)					
	Indicador	Subdimensão Acessibilidade	Fonte	Score: [1] não cumprimento do item; [2] cumprimento parcial do item; [3] cumprimento inadequado do item; [4] cumprimento integral do item.	
DIMENSÃO - ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA	Infraestrutura física: interna e externa	Garantia da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida	(BRASIL, 2015; BRASIL, 2014; ABNT, 2020)	1- A empresa possui boa acessibilidade física garantindo o acesso da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida? [Apêndice IV]	[]
	Indicador	Subdimensão Recursos Humanos			
	Infraestrutura de recursos humanos	Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos (8 a 12 usuários por 6 horas/trabalho)	(COFFITO, 2014; BRASIL, PISO SALARIAL [PL Nº1731/2021; BRASIL, 2012])	2- Os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos seguem as recomendações do COFFITO com respeito ao número de pessoas atendidas numa jornada de 6-8 horas? [Apêndice V]	[]
		Remuneração		3- A instituição cumpre o pagamento do novo piso salarial do profissional fisioterapeuta? [APÓS APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL]	[]
		Saúde dos trabalhadores (níveis de absenteísmo)		4- Existem ações para a atenção à saúde dos profissionais fisioterapeutas? [pausas, saúde mental, ergonomia, incentivo à saúde física, etc.].	[]
	Infraestrutura de atendimento	Assistência ao usuário	(BRASIL, 2002)	5- Você considera que a infraestrutura de atendimento, equipamentos e mobiliários são suficientes para dar assistência de qualidade ao usuário? [Apêndice VI]	[]
	Indicador	Subdimensão Infraestrutura			
	Infraestrutura em informação e tecnologia	Sistema de informação em saúde	(BRASIL, 2007; BRASIL, 2010)	6- Existe um sistema de informação e tecnologia para registro de dados assistenciais?	[]
0					
DIMENSÃO - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Indicador	Subdimensão Ações de Suporte			
	Atendimento amplo e irrestrito	Prestar atendimento integral, de maneira ampla e irrestrita às diversas especialidades, disponibilizado em horário comercial.	(COFFITO, 2014)	7- O atendimento prioriza a atenção integral ao usuário, de acordo com contrato de prestação de serviço do município, considerando as diversas especialidades (Observação: Este checklist considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município)? [Apêndice VII]	[]
	Exercício da atividade profissional de fisioterapia	Compor a equipe de profissionais regularmente registrados no CREFITO.	(COFFITO, 2014)	8- Os profissionais fisioterapeutas [e estagiários] estão regularmente registrados no CREFITO? [solicitar número do registro ou nome completo]	[]
	Promover a educação em saúde	Promover a educação popular em saúde.	(COFFITO, 2014)	9- São realizadas estratégias de promoção e educação em saúde? [rodas de conversa, promoção de autocuidado, estilo de vida, prevenção de quedas, informativos de saúde].	[]
	Capacidade instalada de atendimento	Oferecer 75% da capacidade integral no atendimento para o SUS.	(BRASIL, 2010)	10- A capacidade de atendimento da clínica consegue ofertar 75% de sua totalidade para o SUS? Exemplo: de 100 atendimentos/dia	[]

DIMENSÃO - ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADO				disponibiliza 75 desses para o SUS?	
	Indicador	Subdimensão Condições para Atendimento			
	Política de educação permanente	Promover qualificação profissional e educação permanente	(BRASIL, 2004)	11- Existem programas de qualificação ou incentivo disponíveis aos profissionais fisioterapeutas como: capacitações, participação em eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, etc.?	[]
	Registro do prontuário do usuário	Manter registro dos atendimentos (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, cronograma fisioterapêutico).	(COFFITO, 2012)	12- Existe o registro de prontuários, físico ou virtual, do usuário? (fichas de avaliação, cópia de exames complementares, fichas de evolução, plano fisioterapêutico).	[]
	Indicador	Subdimensão Resolutividade			
	Controlar parâmetros de avaliação e reavaliação	uso de protocolos assistenciais para avaliação e reavaliação do usuário.	(MENDES, 2018; COFFITO, 1978)	13- Existem parâmetros de monitoramento – avaliação e reavaliação, das modalidades terapêuticas realizadas, como protocolos assistenciais do cuidado?	[]
		Uso de protocolos assistenciais com uso de escala de medição.	(BRASIL, 2005)	14- Existem protocolos assistenciais com uso de escalas/instrumentos de medição anexados aos prontuários dos usuários?	[]
	Utilizar sistema de referência e contrarreferência	Ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, para garantir o processo de referência e contrarreferência.	(BRASIL, 2005)	15- Sobre o tratamento fisioterapêutico, existem mecanismos de referência e contrarreferência com outros serviços da rede assistencial? (Exemplo: APS, outras clínicas, hospitais).	[]
	0				
	Indicador	Subdimensão Satisfação			
	Satisfação dos usuários	Acolhimento e humanização do atendimento.	(BRASIL, 2006; MENDES, 2018; ZARILLI, 2020; BRASIL, 2010)	16- Os profissionais fisioterapeutas realizam a escuta humanizada e o acolhimento dos usuários? [... é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução].	[]
		Tempo de espera para atendimento.		17- Existe monitoramento do tempo de espera para atendimento do usuário, de acordo com o horário agendado ou ordem de chegada na clínica, evitando longas filas de espera?	[]
		Ouvidoria		18- É disponibilizado para os usuários e profissionais um sistema de ouvidoria?	[]
	Satisfação do profissional	Ética profissional	(MENDES, 2018; BRASIL, 2012)	19- Existe um código de ética e conduta do estabelecimento de saúde?	[]
		Valorização profissional		20- Existe uma política de valorização profissional? (exemplo: progressão de carreira).	[]
	Segurança do usuário	Eventos adversos que resultam em dano ao usuário	(MENDES, 2018)	21- Os eventos adversos que resultam em dano ao usuário são registrados e monitorados como controle de segurança ao usuário?	[]
	Indicador	Subdimensão Resolutividade			
	Resolutividade dos casos	Eficiência (relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados para alcançá-los).	(MENDES, 2018)	22- Os princípios da resolutividade dos casos (eficiência – eficácia – efetividade) são monitorados garantindo a resolução ou redução dos agravos à saúde previamente identificados? [Exemplos: discussão de casos clínicos, avaliação dos resultados versus recursos utilizados, objetivos terapêuticos versus resultados,	[]
		Eficácia (capacidade de alcançar os objetivos propostos).			

	Efetividade (habilidade de se chegar ao que foi desejado da melhor maneira possível).		diagnóstico e prognóstico].	
Auditoria	Avaliação periódica do serviço de saúde.	(BRASIL, 2007; BRASIL, 2010)	23- Os órgãos executores e fiscalizadores realizam auditoria periódica conforme preconizada em lei no estabelecimento com registro visual aos usuários? (anualmente).	[]
0				
OBSERVAÇÕES GERAIS:				
IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR				
NOME COMPLETO:		SEXO: [] feminino [] masculino [] outro		
ATUAÇÃO: [] público [] controle social [] pesquisador		FORMAÇÃO: [] fundamental [] médio [] graduação [] especialista		
CIDADE ONDE RESIDE:		PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO:		
IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADO (ESTABELECIMENTO)				
RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:		
MUNICÍPIO/ ESTADO:		PERÍODO DE ATENDIMENTO: [] manhã [] tarde [] noite		
P. SERVIÇO: [] público [] público e privado [] filantrópico		DIAS DE ATENDIMENTO: [] seg-sex [] sáb		
HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:		QUANTIDADE DA MÉDIA DE USUÁRIOS POR DIA:		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:		RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO:		
RESPONSÁVEL POR ACOMPANHAR A VISITA:		DATA DA VISITA:		

ASSINATURA DO PESQUISADOR

ASSINATURA DO PESQUISADO (ESTABELECIMENTO)

APÊNDICE III

Primeira parte do questionário de validação do conteúdo e aparência do Instrumento

29/06/2024, 11:49

Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA ...

Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Você está sendo convidado a participar da elaboração desse instrumento, considerando sua experiência como profissional Fisioterapeuta, portanto, sua opinião e ou sugestões de alteração serão de grande relevância. Você precisará de cerca de 15-20 minutos para responder todas as questões. Desde já agradeço por ter aceito participar!

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. [TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO \(Resolução 466/12\)](#) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Eu aceito participar da pesquisa
- ☐ Não aceito participar da pesquisa

DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

As informações a seguir correspondem ao seu perfil pessoal e profissional.

3. Sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

4. Idade? *

5. Já teve alguma experiência profissional de fisioterapia ou envolvimento com pesquisa em região de fronteira brasileira com outro país? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Nível de formação? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Graduação
- ☐ Especialização/ Residência
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Pós-Doutorado

APÊNDICE IV

LISTA DE CHECAGEM DE ACESSIBILIDADE NBR 9050/2020
--

Estabelecimento:	
Endereço:	
Nome e formação do responsável técnico pela avaliação:	
Número da RRT/ART/CNES:	
Nome do[s] profissional[s] entrevistado[s]:	

PLANILHA 1 – MEIO URBANO					
---------------------------------	--	--	--	--	--

Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
Vias públicas, calçadas, estacionamento					
22	NBR 9050:2020	6.3.2	Os pisos dos passeios (faixas livres) têm superfícies regulares, firmes, estáveis, não trepidantes para dispositivos com rodas, e antiderrapantes sob qualquer condição (seco ou molhado)?		
38	NBR 9050:2020	6.14.1.1	Em caso de estacionamento na via pública, há vaga(s) reservada(s) para pessoas idosas próxima(s) à entrada do edifício?		
42	Dec. 5.296/2004	Art. 25	No caso de haver vagas de estacionamento na via pública, há pelo menos uma vaga reservada para pessoas com deficiência?		

PLANILHA 2 – ÁREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO					
---	--	--	--	--	--

Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
Do passeio, circulações, estacionamento interno, acesso					
1	NBR 9050:2020	6.2.1	Todas as entradas da edificação são acessíveis, considerando-se o(s) trajeto(s) entre o(s) passeio(s) e a(s) porta(s) de entrada?		
17	NBR 9050:2020	4.3.7	No caso de haver, na área de circulação, delimitação em um ou ambos os lados por uma superfície que se incline para baixo com desnível, há alguma medida de proteção contra quedas?		
41	NBR 9050:2020	6.2.5 e 6.2.6	Na existência de dispositivos de controle de acesso, tais como cancelas ou catracas, pelo menos um em cada conjunto é acessível, permitindo acesso, manobra, circulação e aproximação?		

PLANILHA 3 – COMUNICAÇÃO / SINALIZAÇÃO					
---	--	--	--	--	--

Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
Comunicação/Recepção, sinalização, entrada					

2	NBR 9050:2020	5.2.7	Há suporte informativo tátil que permita a identificação do local da recepção para pessoas com deficiência visual?		
3	Dec. 5.296/2004	Art. 6º	Existe um serviço de atendimento para pessoas com deficiência auditiva, ou pessoas com surdocegueira, prestado por pessoas habilitadas ou por um equipamento de tecnologia assistiva, como um computador?		
5	NBR 9050:2020	9.2.1.1	O balcão de informações/recepção está localizado em rota acessível?		
9	Dec. 5.296/2004	Art. 6º e Art. 26	A sinalização existente na edificação permite ao usuário localizar-se, identificar o local das diferentes atividades e definir rotas para o uso do edifício de forma autônoma?		
13	NBR 9050:2020	5.2.8.1.2	Há sinalização informativa e direcional da localização dos sanitários, banheiros e vestiários, sendo visual e tátil ou visual, tátil e sonora (princípio dos dois sentidos)?		
35	NBR 9050:2020	5.3.2 e 5.3.2.2 a)	Na entrada de edifício acessível de acordo com a NBR 9050, está fixado o Símbolo Internacional de Acesso (SIA)?		
PLANILHA 4 – MOBILIÁRIO					
Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
Balcões de atendimento, máquinas, mobiliários, bebedouros					
1	NBR 9050:2020	9.2.1.1	Os balcões de atendimento estão localizados em rotas acessíveis?		
6	NBR 9050:2020	9.2.1.6	No caso de haver mais de seis postos de atendimento, há pelo menos um posto acessível para atendente em cadeira de rodas, que permita aproximação frontal e giro de 180º?		
8	NBR 9050:2020	9.4.3.1	No caso de haver máquinas de autoatendimento, pelo menos uma é acessível e está localizada junto à rota acessível?		
19	NBR 9050:2020	10.19.3	Considerando o número total de assentos, há pelo menos 5%, com no mínimo um espaço reservado para pessoas em cadeira de rodas junto ao mobiliário de espera?		
20	NBR 9050:2020	5.5.2.2	O(s) espaço(s) reservado(s) para P.C.R. estão sinalizados com SIA?		
22	NBR 9050:2020	10.3.4.4 e 10.19.3	Considerando o número total de assentos, existe pelo menos 5%, com no mínimo um assento destinado às pessoas obesas?		
38	NBR 9050:2020	8.5.1.3	O bebedouro com bica possui altura livre inferior para a aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas?		
PLANILHA 5 – CIRCULAÇÕES HORIZONTAIS					
Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
4	NBR 9050:2020	6.3.4.1	O piso dos corredores e passagens é nivelado (sem degraus)?		
10	NBR 9050:2020	6.11.2.13	No caso de haver portas e paredes envidraçadas, localizadas nas áreas de circulação, estão claramente identificadas com sinalização visual de forma contínua para permitir a fácil identificação da barreira física?		
20	NBR 9050:2020	6.11.2.6	As maçanetas das portas são do tipo alavanca?		
33	NBR 9050:2020	6.11.2.10	Quando as portas são acionadas por sensores ópticos, estão ajustadas de modo a detectar pessoas de baixa estatura, crianças e usuários de cadeira de rodas?		
35	NBR 9050:2020	6.11.2.11	No caso de porta de correr, os trilhos são instalados na sua parte superior, conforme recomendado?		
PLANILHA 6 – CIRCULAÇÕES VERTICAIS					

Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
1	NBR 9050:2020	6.2.1	Todos os níveis (pavimentos) da edificação são acessíveis, ou seja, são acessados por rampa ou por equipamento eletromecânico em conformidade com as exigências da Norma ABNT NBR 9050:2020?		
2	NBR 9050:2020	6.10.7	O(s) equipamento(s) eletromecânico(s) de circulação vertical considerado(s) na(s) rota(s) acessível(is) permite(m) utilização autônoma por pessoas em cadeira de rodas? (Plataformas com assento fixo e transportador de cadeira de rodas com esteira não são considerados dispositivos de acessibilidade).		
11	NBR 9050:2020	6.3.2	A escada e/ou rampa e seus patamares possuem piso antiderrapante, firme, regular e estável?		
22	NBR 9050:2020	5.4.4.2	A sinalização visual dos degraus é fotoluminescente ou retroiluminada?		
23	NBR 9050:2020	6.9.3.2	Existem corrimãos nos dois lados da escada e/ou rampa?		
104	NBR 9050:2020	6.10.1.1	Há sinalização tátil de alerta no piso junto à porta do elevador?		
107	NBR 9050:2020	6.10.2.3	Há dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio também dentro do elevador vertical?		
125	NM 313/2007	5.4.3.1	Há um sinal audível que indique a chegada da cabina em cada pavimento?		
147	NM 313/2007	5.3.2.1	Há corrimãos (barras) afixados nas laterais e no fundo da cabina?		
151	NM 313/2007	E 6.3	O revestimento do piso da cabina possui superfície dura e antiderrapante?		
PLANILHA 7 – SANITÁRIOS, BANHEIROS E VESTIÁRIOS ACESSÍVEIS					
Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
6	NBR 9050:2020	7.3.1	Os sanitários acessíveis localizam-se em rotas acessíveis, próximos à circulação principal? (Devem estar preferencialmente próximos às demais instalações sanitárias, evitando locais isolados).		
13	NBR 9050:2020	7.3.1 e 5.3.2	Há sinalização identificando a localização dos sanitários, banheiros e vestiários acessíveis no edifício, considerando-se o trajeto desde a entrada?		
14	NBR 9050:2020	7.3.1 e 5.3.2	Na porta de entrada do sanitário, banheiro ou vestiário acessível, há símbolo internacional de acesso?		
21	NBR 9050:2020	7.5 b)	O sanitário acessível (ou boxe acessível) possui área necessária para garantir a transferência lateral, perpendicular e diagonal para a bacia sanitária?		
31	NBR 9050:2020	7.5	Os pisos do sanitário acessível são antiderrapantes?		
38	NBR 9050:2020	7.7.2.2 e 7.7.2.3	No caso de existir parede lateral junto à bacia sanitária, há barras para apoio e transferência: uma instalada horizontalmente na parede de fundos; e duas na parede lateral, sendo uma instalada horizontalmente e outra verticalmente?		
62	NBR 9050:2020	7.8.2	A torneira do lavatório é do tipo alavanca, com sensor eletrônico ou dispositivo equivalente?		
85	NBR 9050:2020	7.12.3	O boxe de chuveiro é provido de barras de apoio nas paredes lateral e do fundo do banco?		
110	NBR 9050:2020	7.4.2	O vestiário acessível possui entrada independente do vestiário coletivo?		
112	NBR 9050:2020	7.14.1	A cabina do vestiário individual acessível possui dimensões que garantam a área de transferência? (As áreas de circulação e manobra podem estar externas à cabina).		

114	NBR 9050:2020	7.14.1.1	As cabinas individuais são providas de duas barras de apoio horizontais, na parede frontal (sobre a superfície de troca de roupa) e na parede lateral oposta à porta?		
PLANILHA 9 A – EQUIPAMENTOS URBANOS E USOS ESPECÍFICOS					
Id.	Legislação / Norma	Seção/ artigo	Itens a Conferir	Respostas	Comentários e Justificativas
57	NBR 9050:2020	10.12.1	Piscinas - As bordas, degraus de acesso à água, corrimãos e barras de apoio possuem acabamento arredondado?		
59	NBR 9050:2020	10.12.4	Há barras de apoio nas bordas internas da piscina, na altura do nível da água, nos locais que não interfiram com o acesso à água?		
62	NBR 9050:2020	10.12.2, Tabela 8	No caso de piscina com tanque com perímetro de até 90 m, o acesso à água é garantido por rampa ou por equipamento de acesso?		
68	NBR 9050:2020	10.12.2.1	Quando o acesso à água é feito por banco de transferência, há barras para facilitar a transferência?		
70	NBR 9050:2020	10.12.2.1	Quando o acesso à água é feito por banco de transferência, é garantida área de aproximação e manobra de 360°, sem interferir na circulação?		
75	NBR 9050:2020	10.12.2.3	Quando o acesso à água é feito por rampa submersa, há corrimãos nos dois lados da rampa?		
76	NBR 9050:2020	10.12.2.4	Quando o acesso à água é feito por equipamento de transferência, há área de aproximação e transferência?		

Respostas: SIM - NÃO - NÃO SE APLICA

REFERÊNCIA: BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050: acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: ABNT, 4ª edição; 2020.

APÊNDICE V

PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL

Quadro 1. AMBULATORIAL: GERAL

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidados mínimos Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	2 consultas
	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	12 pacientes
Exemplos: Clientes/pacientes traumáticos, ortopédicos, reumatológicos, de clínica geral, em pós-cirúrgico tardio e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados mínimos.		

Quadro 2. AMBULATORIAL: DIFERENCIADO/ESPECIALIZADO (ambulatórios especializados)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	2 consultas
	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8 pacientes

Nota explicativa: Para efeito desta Resolução, considera-se ambulatório especializado aqueles destinados ao atendimento exclusivo e diferenciado de clientes/pacientes neurológicos, queimados, com comprometimentos cardiorrespiratórios, oncológicos, pediátricos, geriátricos e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados intermediários, atendidos em ambulatórios especializados.

APÊNDICE VI

Infraestrutura de Atendimento

ESTABELECIMENTO:
AVALIADOR:
DATA DA AVALIAÇÃO:

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		Resposta
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.8.2.a; 3.4.10 - Reabilitação / Fisioterapia				
4.8.2.a	Box de terapias	O número de boxes e salas depende das atividades desenvolvidas pelo e da demanda de usuários	2,4 m com dimensão mínima = 1,2 m (cada). Ao menos um dos boxes deve possuir dimensão mínima = 1,5 m	
4.8.2.a	Sala para turbilhão		A depender dos equipamentos utilizados	
4.8.2.a	Piscina			
4.8.2.a	Salão para cinesioterapia e mecanoterapia			
4.8.2.b - Sala de Terapia Ocupacional				
4.8.2.b; 4.8.3	Consultório de terapia ocupacional - consulta individual	1	7,5 m	
4.8.2.b; 4.8.3	Sala de terapia ocupacional-consulta de grupo	1	2,2 m por usuário com mínimo de 20,0 m	
4.8.2 c; 4.8.3	Sala de psicomotricidade e ludoterapia	1	3,0 m por usuário com mínimo de 20,0 m	
Itens Complementares				
	Área para registro de usuários - Sala de estudo	1	---	
	Sala de espera de usuários e acompanhantes	1	---	
	Sanitários com vestiários para usuários	2 [masculino e feminino]	---	
	Depósito de material de limpeza	1	---	
	Consultório de fisioterapia ("in loco" ou não)	1	7,5 m	
	Área para guarda de macas e cadeira de rodas	1	---	
	Copa	1	---	
	Sala administrativa	1	---	

Resposta: SIM - NÃO - NÃO SE APLICA

REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro, Brasília: MS, 2002.

APÊNDICE VII

CHECKLIST DAS DIVERSAS ESPECIALIDADES DE FISIOTERAPIA
--

ESTABELECIMENTO:	
AVALIADOR:	
DATA DA AVALIAÇÃO:	

Modalidades Terapêuticas disponíveis para atendimento				
	Atuação		Contrato público	
	adulto	infantil	pactuado	não pactuado
Traumato-ortopedia				
Cardiovascular				
Pneumofuncional				
Neurologia				
Obstétrica				
Uroginecológica				
Neonatal				
Queimado				
Saúde coletiva				
Fisioterapia integrativa				

Resposta: SIM ou NÃO

REFERÊNCIA: COFFITO. Resolução 444 de 26/04/2014. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Observação: Este checklist considera as diversas especialidades, para esta avaliação deverá considerar as modalidades terapêuticas pactuadas com o seu município.

ANEXO

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Elaboração e Validação de Instrumento para Avaliação de Serviços Públicos de Fisioterapia em Região de Fronteira		
Pesquisador: LUCIANA APARECIDA FABRIZ		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 71041723.7.0000.0107		
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 6.209.566		
Apresentação do Projeto:		
Saneamento de pendências da pesquisa:		
Título da Pesquisa: Elaboração e Validação de Instrumento para Avaliação de Serviços Públicos de Fisioterapia em Região de Fronteira		
Pesquisador Responsável: LUCIANA APARECIDA FABRIZ		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 71041723.7.0000.0107		
Submetido em: 31/07/2023		
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE		
Situação da Versão do Projeto: Em relatoria		
Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
Objetivo da Pesquisa:		
Vide descrição anteriormente apresentada.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Vide descrição anteriormente apresentada.		
Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619		
Bairro: UNIVERSITARIO		
UF: PR		
Município: CASCAVEL		
Telefone: (45)3220-3092		
CEP: 85.819-110		
E-mail: cep.prppg@unioeste.br		



Continuação do Parecer: 6.209.566

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências sanadas. Agora do TCLE está de acordo com as normas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165200.pdf	31/07/2023 09:38:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2023 09:37:42	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anexo4_Termo_Ciencia_Responsavel_Campo_Estudo.pdf	30/06/2023 12:14:27	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Declaração de concordância	Anexo3_Termo_uso_dados.pdf	30/06/2023 12:13:11	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo2_instituicao.pdf	30/06/2023 12:12:39	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anexo1_Declaracao_pesquisa_nao_iniciada.pdf	30/06/2023 12:11:42	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Wilson.pdf	28/06/2023 18:23:52	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	28/06/2023 18:12:32	WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCABEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br