

# Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia

Design of an instrument to measure the quality of care in Physical Therapy

Leny Vieira Cavalheiro<sup>1</sup>, Raquel Afonso Caserta Eid<sup>1</sup>, Claudia Talerman<sup>1</sup>, Cristiane do Prado<sup>1</sup>,  
Fátima Cristina Martorano Gobbi<sup>1</sup>, Paola Bruno de Araujo Andreoli<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Delinear um instrumento composto de domínios que demonstrassem a atividade da área da Fisioterapia e que gerassem um índice consistente, capaz de representar a qualidade da assistência fisioterapêutica. **Métodos:** Para o delineamento do instrumento, utilizamos a metodologia denominada Lean Seis Sigma. A discussão envolveu sete grupos de gestão diferentes e desta equipe de trabalho. Por meio das ferramentas de *brainstorm* e Matriz de Causa e Efeito, montamos o mapa do processo. **Resultados:** Cinco requisitos constituíram o índice de qualidade de assistência da Fisioterapia, após a aplicação da ferramenta denominada Matriz de Causa e Efeito. Os requisitos foram avaliação individual do desempenho do fisioterapeuta, indicador de resultado de assistência, avaliação da adesão da Fisioterapia nos protocolos, medir se o prognóstico e resultado de tratamento foi alcançado, e infraestrutura. **Conclusão:** O desenho proposto permitiu avaliar vários itens que compunhamo serviço de Fisioterapia, possibilitando customização, reprodutibilidade e *benchmark* entre as instituições. Para a gestão, esse índice deve proporcionar a oportunidade de identificar os pontos de melhoria, e os pontos fortes da equipe e processo de assistência da Fisioterapia.

**Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Medidas, métodos e teorias; Fisioterapia

## ABSTRACT

**Objective:** To design an instrument composed of domains that would demonstrate physical therapy activities and generate a consistent index to represent the quality of care in physical therapy. **Methods:** the methodology Lean Six Sigma was used to design the tool. The discussion involved seven different management groups staff. By means of brainstorming and Cause & Effect Matrix, we set up the process map. **Results:** Five requirements composed the quality of

care index in physical therapy, after application of the tool called Cause & Effect Matrix. The following requirements were assessed: physical therapist performance, care outcome indicator, adherence to physical therapy protocols, measure whether the prognosis and treatment outcome was achieved and Infrastructure. **Conclusion:** The proposed design allowed evaluating several items related to physical therapy service, enabling customization, reproducibility and benchmarking with other organizations. For management, this index provides the opportunity to identify areas for improvement and the strengths of the team and process of physical therapy care.

**Keywords:** Quality of health care; Measurements, methods and theories; Physical Therapy Specialty

## INTRODUÇÃO

O conhecimento do trabalho aplicado a uma população ajuda a analisar criticamente os resultados e direciona a tomada de decisão. Os indicadores existentes na área de Fisioterapia são ainda pouco elaborados e divulgados. Estes não constituem um pacote de informações que direciona a um resultado com relação à qualidade de assistência de um serviço de Fisioterapia. Quando este já existe e forma uma história de coleta de dados, ele habitualmente fica restrito às instituições. O futuro se mostra permeado por essa metodologia de trabalho, que, daqui a algum tempo, deve permitir que as instituições exponham seus resultados. O passo seguinte, após a determinação de quais são os indicadores escolhidos no projeto, é compartilhar essas informações, divulgando os resultados e criando uma perspectiva de melhorar a saúde no país e a qualidade da assistência da Fisioterapia.

<sup>1</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Leny Vieira Cavalheiro – Diretoria de Prática Assistencial – Avenida Albert Einstein, 627/701 – 6ª andar, bloco D – CEP: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151- 2672  
E-mail: leny@einstein.br

Data de submissão: 18/8/2014 – Data de aceite: 12/1/2015

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082015GS3248

Fazendo uma breve retrospectiva sobre o uso da avaliação em saúde, encontramos suas raízes históricas mais profundas na Grécia Antiga. Os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na arte médica. Platão, em alguns de seus discursos, apontava para conceitos de excelência e destacava a importância das comparações desses produtos entre si e, principalmente, com o que era considerado padrão para tal.<sup>(1)</sup>

A construção de instrumentos de acompanhamento (monitoramento) e avaliação constitui um grande desafio, pois avaliar é bastante diferente de acompanhar cronogramas, fazer inventários das ações realizadas e agir no imprevisto. Para tanto, muitas vezes necessitamos criar ou aperfeiçoar indicadores de avaliação.

Indicadores, como o próprio nome já diz, servem para medir situações específicas. São utilizados mediante padrões convencionais ou podem ser criados mediante metodologias específicas. Hoje em dia, é crescente o número de avaliações qualitativas, que são mais utilizadas nas avaliações de processo. Nessa perspectiva, o uso da avaliação, com a construção de indicadores pertinentes às realidades locais, pode contribuir não apenas ao trabalho gerencial, mas a todo processo de planejamento.<sup>(2)</sup>

São concretas a preocupação com a satisfação do cliente e a qualidade dos serviços prestados. Na avaliação, a tônica é dada para a efetividade das ações, ou seja, para o impacto que as ações/serviços produzem mediante seus resultados. Efetividade significa resultar na mudança de uma determinada realidade ou na transformação de uma situação. É muito utilizado para o estudo de avaliação de resultados.

Nesse sentido, alguns cenários de saúde parecem estimular esse tipo de abordagem. A partir de 1990, iniciativas relacionadas ao processo de acreditação hospitalar começaram a ser incorporadas. O Ministério da Saúde criou o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, visando implantar um processo de melhoria da assistência. Tal programa de acreditação desenvolveu, por meio de incentivos financeiros para reequipamento e reforma dos hospitais, o aprimoramento da assistência e da gestão hospitalar.<sup>(3)</sup>

Muitas ferramentas podem ser usadas para monitorar indicadores de qualidade. Inquéritos, gráficos e métricas podem ser utilizados para medir e analisar a qualidade de um serviço. Isso deve fornecer as informações necessárias para tornar o serviço melhor.

As ferramentas que escolhemos utilizar nesta proposta são aplicadas na gestão da qualidade. A primeira delas é o *brainstorm*, conhecido como um instrumento

amplo e capaz de proporcionar uma visão mais sistêmica do objeto de discussão. Para que houvesse mais foco, os aspectos mais importantes do *brainstorm* foram discutidos ponto a ponto, utilizando uma ferramenta chamada de Matriz de Causa e Efeito, para que, assim, pudéssemos propor o instrumento levando em conta as variações entre o volume de atendimentos e de profissionais. Para tal, desenvolvemos uma tabela lógica, envolvendo os itens a serem avaliados com suas devidas ponderações, pertinentes às características de volume e ao tipo de atuação fisioterapêutica.

No consenso geral, definimos que um conjunto completo e preciso de indicadores de qualidade permitiria que uma organização ou empresa concentrasse seus esforços em seus pontos fortes e encontrasse soluções adequadas para seus pontos fracos. As corretas análise e interpretação dos indicadores de qualidade deveriam liderar os esforços para que as decisões possam ser tomadas de forma mais assertiva.<sup>(4)</sup>

A qualidade é mantida pela constante avaliação e reavaliação do desempenho e da eficiência. A qualidade do produto ou serviço pode até aumentar com as melhorias ou inovações implementadas para empurrá-lo para além de um padrão. Um serviço pode se tornar uma referência, uma vez que superou todos os outros em qualidade.<sup>(5)</sup>

Escolher o indicador correto para a qualidade é essencial para a formação de uma avaliação precisa e detalhada de um produto ou serviço. É importante que o gestor saiba quais respostas, referentes a indicadores, ele procura para que possa desenvolver seu produto ou serviço. Ser capaz de fornecer aos consumidores um melhor produto ou serviço proporciona uma vantagem competitiva para qualquer empresa ou organização. A manutenção e o enriquecimento da qualidade é a chave para o sucesso e a sustentabilidade de uma organização.<sup>(6-8)</sup>

Seguramente, as gestões visam aquisição de novos clientes, indicadores de qualidade e segurança, criação de novos produtos, redução do ciclo da produção e à satisfação dos empregados. A medida esperada, dessa forma, deve ser a de agregação de desempenho sobre o controle de qualidade.

Foi diante da inexistência de consenso na literatura sobre quais componentes fazem parte do construto e, ainda, da falta de uniformização nos estudos já realizados, que configuramos quais os principais indicadores de resultado que a gestão reconhece, a fim de formar sua opinião sobre a qualidade da assistência da Fisioterapia. Existem, na área de Fisioterapia, algumas iniciativas para avaliar a qualidade da assistência, mas, de forma fragmentada e focada em alguns procedimentos isolados.

Essas iniciativas preconizam avaliar a qualidade da assistência, por exemplo, por processos de grande volume, como a descontinuidade da ventilação mecânica. O resultado é interpretado como qualidade da assistência da Fisioterapia, porém fica claro que se trata de um resultado parcial da qualidade da assistência. Não são envolvidos, nesses resultados, aspectos de formação dos profissionais e experiência da equipe em protocolos ou mesmo a abrangência dessa qualidade da assistência.

Fizemos a proposta, então, de desenvolver uma metodologia que permitisse a avaliação da área de Fisioterapia, de forma consistente e representativa. Tais ações isoladas de medidas sobre a qualidade da assistência não constituem um conjunto de padrões contra o qual a equipe de Fisioterapia possa ser avaliada. Possuir um conjunto de indicadores para avaliar a qualidade da assistência de Fisioterapia gera uma forma de controle e estabelece o nível de serviço prestado pela Fisioterapia.

## OBJETIVO

Delinear um instrumento composto de domínios que demonstrassem a atividade da área de Fisioterapia e gerassem um índice consistente, capaz de representar a qualidade da assistência fisioterapêutica.

## MÉTODOS

Para o delineamento do instrumento, utilizamos a metodologia de revisão e delineamento de processos denominados Lean Seis Sigma. Essa metodologia é estruturada para resolução de problemas e melhoria contínua de processos por meio do uso de ferramentas estatísticas, visando identificar oportunidade de aprimoramento no processo. Os fatores mais importantes relacionaram-se com aumento da satisfação do cliente, criação de diferencial competitivo frente à concorrência, ganho de produtividade, redução de custos, aumento de rentabilidade, foco na eliminação de defeitos sob a ótica do cliente, eliminação da variabilidade dos processos e requerimento de decisões baseadas em fatos e dados.<sup>(9)</sup>

Especificamente este instrumento foi desenvolvido por uma variação do método denominado “desenvolvimento de produtos e processos novos” (dentro da metodologia Lean Seis Sigma).

A discussão envolveu sete grupos de gestão diferentes. O mapa do processo foi montado por meio das ferramentas de *brainstorm* e da Matriz de Causa e Efeito. A construção do *brainstorm* envolveu a descrição de itens de avaliação de qualidade da assistência em Fisioterapia. Discutimos o que já era avaliado e o que

ainda não era avaliado mais importante para determinar a qualidade da assistência em fisioterapia. O *brainstorm*, ou seja, os itens do levantamento, foi submetido a um *ranking* de pesos e importância dividido em pilares de: conhecimento do caso (peso 2), capacidade e habilidade do profissional (peso 3), decisão clínica (peso 5) e resultado de tratamento (peso 5). Esses quatro pilares, que constituíram a assistência, foram pontuados na seguinte ordem de correlação: forte correlação, se pontuado em 10 – 9 – 8; média correlação, se pontuado em 4 – 5 – 6 – 7; baixa correlação, se em 3 – 2 – 1; não houve correlação, se zero. Após a avaliação da pontuação e dos pesos, aplicamos a ferramenta de Matriz de Causa e Efeito.

Após o resultado dessa etapa, finalizamos a construção do instrumento, que seria composto por alguns requisitos, a partir dos quais montamos uma tabela lógica, envolvendo os itens a serem avaliados com suas devidas ponderações pertinentes às características de volume e de tipo de atuação fisioterapêutica. Todos os requisitos foram compostos por indicadores discutidos no grupo de trabalho que representassem os resultados de assistência da Fisioterapia com qualidade.

Como desfechos, geramos um índice ponderado pelo volume da gestão e um ponderado pelos requisitos. Ao final, os resultados foram compilados de duas formas: (1) observando como se comportam os requisitos, de forma global e envolvendo todas as gestões; (2) observando como se comporta cada gestão separadamente, envolvendo todos os requisitos.

Os indicadores encontrados, os quais compuseram esses dois índices, ofereceram a oportunidade de conhecer os resultados assistenciais e de criar mecanismos para monitorá-los, garantindo a qualidade na assistência da Fisioterapia. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein e aprovado pelo parecer 270/2011, CAAE: 0125.0.028.000-11.


## RESULTADOS

Os resultados foram demonstrados de duas formas: inicialmente, de forma global, para que os índices delineados a partir das ferramentas de construção pudessem ser visualizados e, posteriormente, os indicadores detalhados, que denotaram consistência dos requisitos.

No levantamento pelo *brainstorm*, foram encontrados 28 itens, que foram distribuídos nos quatro pilares que constituíram a assistência (conhecimento do caso, capacitação/habilidade, decisão clínica e resultado do tratamento), aplicada na ferramenta Matriz de Causa e Efeito.

Foram determinados valores de 0 a 10, cada item nos quatro pilares. Ao final da matriz, definimos os cinco itens de maior pontuação, os quais foram interpretados como os itens que formariam cinco requisitos, que constituíram o índice de qualidade de assistência da Fisioterapia (Figura 1).

Os requisitos do instrumento de avaliação resultantes dessa fase foram os seguintes: medir se o prognóstico e o resultado de tratamento foram alcançados (150 pontos); medir o resultado de assistência (144 pontos); avaliar a adesão da Fisioterapia nos protocolos (140 pontos); Pontuar um critério de infraestrutura mínimo

 <b>Matriz Causa e Efeito</b>											
10 - 9 - 8: Forte correlação		7 - 6 - 5 - 4: Média correlação			3 - 2 - 1: Baixa correlação			0: Não há correlação			
Índice de importância		2	3	5	5						
X's do processo		Conhecimento do caso	Parcial	Capacitação/habilidade	Parcial	Decisão clínica	Parcial	Resultado de tratamento	Parcial	Total	Esforço de eliminação da variável de entrada
X <sub>1</sub>	Checklist assistencial: conhecimento do caso	10	20	3	9	5	25	0	0	54	
X <sub>2</sub>	Checklist assistencial: rotinas da área	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>3</sub>	Checklist assistencial: prontuário (conteúdo)	7	14	9	27	9	45	9	45	131	
X <sub>4</sub>	Checklist assistencial: modelo assistencial	7	14	2	6	5	25	3	15	60	
X <sub>5</sub>	Indicador programado/realizado para medir a demanda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>6</sub>	Indicador de falha na extubação para medir a qualidade da assistência	7	14	10	30	10	50	10	50	144	
X <sub>7</sub>	Medida de melhora nas aquisições motoras (não há medida numérica)	7	14	10	30	10	50	10	50	144	
X <sub>8</sub>	Vigilâncias por amostragem: CAM	6	12	10	30	10	50	10	50	142	
X <sub>9</sub>	Vigilâncias por amostragem: tempo de ventilação mecânica	0	0	0	0	0	0	10	50	50	
X <sub>10</sub>	Vigilâncias por amostragem: material Respiratório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>11</sub>	Vigilâncias por amostragem: alarmes dos ventiladores	0	0	5	15	0	0	10	50	65	
X <sub>12</sub>	Tutoria do Fisioterapeuta Junior pelo Fisioterapeuta Sênior da área	2	4	10	30	2	10	3	15	59	
X <sub>13</sub>	Checklist de controle de continuidade de informação do prontuário eletrônico na transferência de pacientes do Hospital Vila Mariana para o Morumbi	5	10	0	0	7	35	3	15	60	
X <sub>14</sub>	Percepção de qualidade assistencial: SAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>15</sub>	Percepção de qualidade assistencial: queixas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>16</sub>	Percepção de qualidade assistencial: elogios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>17</sub>	Auditoria do Modelo assistencial	7	14	2	6	5	25	3	15	60	
X <sub>18</sub>	Adesão ao protocolo no programa estratégico AVC/ICC	5	10	10	30	10	50	10	50	140	
X <sub>19</sub>	Adesão ao protocolo no programa estratégico prótese de quadril e artroscopia de joelho	5	10	10	30	10	50	10	50	140	
X <sub>20</sub>	Avaliação técnica	0	0	10	30	0	0	0	0	30	
X <sub>21</sub>	Plano terapêutico	10	20	10	30	10	50	10	50	150	
X <sub>22</sub>	Fazer a medida de funcionalidade dos pacientes	10	20	10	30	10	50	10	50	150	
X <sub>23</sub>	Medir a qualidade de vida em grupos de pacientes	0	0	0	0	0	0	10	50	50	
X <sub>24</sub>	Pontuar as habilidades e competências por profissional	0	0	10	30	0	0	0	0	30	
X <sub>25</sub>	Alinhar os processos dos documentos e fluxo de assistência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X <sub>26</sub>	Acompanhar os eventos adversos relacionados a Fisioterapia para servir de fonte de informação para gerar ações corretivas e ou preventivas	0	0	0	0	0	0	5	25	25	
X <sub>27</sub>	Definir qual a estrutura deveria ser adequado em relação a equipamentos, materiais e local de atendimento.	0	0	0	0	0	0	10	50	50	
X <sub>28</sub>	Pontuar os objetivos do plano terapêutico propostos pela equipe para cada paciente	7	14	10	30	10	50	10	50	144	

CAM: Confusion Assessment Method (escore de avaliação de delírio); SAC: serviço de atendimento ao cliente; AVC: acidente vascular cerebral; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Figura 1. Descrição dos 28 itens que compuseram o *brainstorm* e a Matriz de Causa e Efeito

para um atendimento de fisioterapia (144 pontos); e avaliar individualmente o desempenho do fisioterapeuta (131 pontos). A partir desses cinco requisitos, delimitamos quais os processos representavam consistentemente o resultado da assistência.

Fizemos uma tabela lógica (Figura 2) para definir os cálculos representados em cada indicador e um mapa de processo (Figura 3) envolvendo as gestões.

A seguir, são detalhados os requisitos, respeitando a especificidade de cada perfil de atendimento.

Requisitos/Unidades Gestão	Unidade de Gestão envolvida	Total
1 - Avaliação individual do desempenho do fisioterapeuta (peso 2)	Sem ponderação	Ponderação pelo número de fisioterapeutas das diferentes equipes das unidades de gestão
2 - Indicador de resultado de assistência (peso 2)	Ponderação pelo número de pacientes de cada indicador	Ponderação pelo número de pacientes atendidos pela fisioterapia das diferentes unidades de gestão
3 - Avaliar adesão a protocolos (peso 1)	Ponderação pelo número de pacientes de cada indicador	Ponderação pelo número de pacientes atendidos pela fisioterapia das diferentes unidades de gestão
4 - Medir se o prognóstico e o resultado de tratamento foram alcançados (peso 2)	% Objetivos alcançados (poisson)	Ponderação pelo número de pacientes atendidos pela fisioterapia das diferentes unidades de gestão
5 - Infraestrutura (peso 1)	Sem ponderação	Ponderado pelo peso dos itens que compõem o requisito
Total	Ponderado pelo peso de cada requisito	Índice ponderado pelos requisitos  Índice ponderado pelo volume da gestão

Figura 2. Lógica para definição das ponderações referente aos requisitos

Mapa de processos	
	Unidade de gestão envolvida
REQUISITOS	1- Avaliação individual do desempenho do fisioterapeuta <b>Check list padrão</b> Meta de desempenho 85% <b>Indicador:</b> número de Fisios que atingiram a meta número de Fisios que compõem a equipe Conceito da avaliação técnica Meta de desempenho AT <b>Indicador:</b> número de Fisios que atingiram a meta número de Fisios que compõem a equipe Adesão aos treinamentos
	2 -Pacote de indicadores de resultado de assistência <b>Indicador 1:</b> Percepção da dispneia pelo BORG <b>Indicador 2:</b> Evolução da mobilidade/funcionalidade <b>Indicador 1:</b> Falência de extubação <b>Indicador 2:</b> Tempo o TRE <b>Indicador 3:</b> Evolução da mobilidade/funcionalidade <b>Indicador 1:</b> Mudança de nível de atividade física
	3 - Avaliar a adesão da fisioterapia nos protocolos <b>Adesão</b> número de pacientes que foram incluídos no protocolo número de pacientes que preenchem critérios de inclusão no protocolo
	4 - Medir se o prognóstico e resultado de tratamento foi alcançado Medir se o prognóstico e resultado de tratamento foi alcançado % dos objetivos alcançados – Utilizar menu de objetivos com valores de métrica e/ou nível de assistência Exemplo: Andar com _____ auxílio em _____ dias (utilizar MIF)
	5 - Infraestrutura Nível de assistência - Relação da demanda de pacientes versus número de fisioterapeutas Equipamentos e materiais para realizar a terapia com qualidade Área física adequada de acordo com a característica do atendimento

AT: atende o esperado; TER: tempo de respiração espontânea; MIF: Medida de Independência Funcional.

Figura 3. Descrição do mapa de processos demonstrando o método de cálculo dos indicadores relacionados aos requisitos

**Requisito 1: avaliação individual do desempenho do fisioterapeuta**

Esse requisito foi composto pelo *checklist*, por uma prova técnica e pela adesão dos treinamentos propostos para a equipe de Fisioterapia (Figura 4).

Checklist de qualidade assistencial			
	0(não)	5(parcial)	10(sim)
1- Conhecimento do caso (25%)			
- Conhece o diagnóstico			
- Conhece o problema ativo			
- Conhece as doenças pregressas/riscos			
- Conhece o quadro clínico atual			
2 - Raciocínio terapêutico (prognóstico/condução) (25%)			
- Conhece o diagnóstico funcional			
- Conhece objetivo da terapia			
- Conhece prognóstico (relacionado à fisioterapia)			
- Condutas terapêuticas estão de acordo com os objetivos estabelecidos			
3 – Visão terapêutica sistêmica (envolve visão multiprofissional e soluções diferenciadas) (25%)			
- Reconhece a necessidade de avaliação de outros profissionais			
- Desenvolve soluções diferenciadas para a evolução do paciente/ciente			
4 – Rotina de evolução (evidencia os itens 1, 2 e 3) (25%)			
- Qualidade da evolução			
- Legibilidade			
- Uso de siglas			

Figura 4. Descrição do *check list* de qualidade assistencial aplicado no requisito

Esse item do domínio foi composto por quatro fatores comuns entre todas as gestões, que podiam ser customizados por gestão dentro do tema. Cada um dos itens devia pontuar nota de zero (não), 5 (parcial) ou 10 (sim).

Os itens avaliados na entrevista foram: item 1 – conhecimento do caso (25%); item 2 – raciocínio terapêutico (prognóstico/condução) (25%); item 3 – visão terapêutica sistêmica (envolve visão multiprofissional e soluções diferenciadas) (25%); e item 4 – rotina de evolução (evidencia os itens 1, 2 e 3) (25%).

Essa pontuação gerou uma porcentagem de conformidade. Foi estabelecida, então, uma faixa de conformidade para definir a meta de qualidade do desempenho do Fisioterapeuta em 85%:

Indicador: número de fisioterapeutas que atingiram a meta  
Número de fisioterapeutas que compunham a equipe

**Conceito da prova técnica**

Nesse fator, a avaliação foi formalmente realizada por uma prova teórica aplicada à equipe, tendo como faixa de referência a nota acima de 6,1 (meta de desempenho que atende ao esperado (acima de 6,1):

Indicador: número de fisioterapeutas que atingiram a meta  
Número de fisioterapeutas que compunham a equipe

**Adesão aos treinamentos**

Nesse fator, a informação foi a porcentagem de profissionais que participaram dos treinamentos propostos, ou seja, a porcentagem de adesão da equipe aos treinamentos:

Indicador: número de profissionais que participaram dos treinamentos  
Número de fisioterapeutas com treinamentos programados

**Requisitos 2: pacote de indicadores de resultado de assistência**

Para cada indicador, foi estabelecida uma faixa de resultado esperado. Foram estabelecidas metas de resultados de modo que formassem um pacote de indicadores a serem trabalhados no modelo atingido/não atingido das metas desses indicadores. O resultado dos indicadores foi demonstrado em forma de percentual. Os valores de referência definidos como parâmetro de cada indicador foi por meio de evidências na literatura<sup>(8)</sup> ou histórico da instituição (os valores estão descritos nos respectivos indicadores abaixo).

**Indicador 1**

O indicador 1 se concentrou na evolução da mobilidade/funcionalidade. A entrega da Fisioterapia foi acompanhar a evolução da mobilidade por meio de instrumentos de medida definidos a partir das características da população atendida. O fisioterapeuta deve aplicar e interpretar os resultados de acordo com o prognóstico de perda ou ganho de mobilidade/função dos pacientes. Esse resultado demonstra a assertividade da equipe na manutenção da mobilidade/funcionalidade dos pacientes.

O valor de referência foi estabelecido a partir de cada escore elegido por cada uma das gestões participantes. Utilizamos o Escore de Medida de Independência Funcional (MIF), para adultos, e a Escala Motora Infantil de Alberta, para crianças. O MIF é composto por itens que avaliam a mudança de posturas, autono-

mia para realizar Atividades de Vida Diária (como se vestir) e itens de avaliação cognitiva. O escore é pontuado pelo valor total da soma desses itens:

$$\frac{\text{Número total de pacientes que atingiram o valor de referência no escore}}{\text{Número total de pacientes submetidos à avaliação da mobilidade/funcionalidade}}$$

### Indicador 2

O indicador 2 se deu pela percepção da dispneia pela escala de Borg. O sintoma mais comum em pacientes em atendimento de Fisioterapia respiratória foi a presença de dispneia (Figura 5).

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Figura 5. Descrição do escore de Borg para avaliação de dispneia

A entrega da Fisioterapia foi utilizar procedimentos que possam melhorar esse sintoma. Devemos ser capazes de medir se a abordagem fisioterapêutica diminuiu a dispneia dos pacientes atendidos, demonstrando a assertividade da equipe nessa terapêutica.

O valor de referência é encontrado ao se aplicar o escore no início e no final do tratamento. A Meta foi diminuir 2 pontos na escala. Esse valor escolhido foi baseado nos números históricos de resultados obtidos no serviço de Fisioterapia em questão:

$$\frac{\text{Número total de pacientes que atingiram o valor de referência no escore}}{\text{Número total de pacientes submetidos a avaliação da dispneia}}$$

### Indicador 3

O tempo do teste de respiração espontânea (TRE) foi o indicador 3. A entrega da Fisioterapia foi realizar o TER no paciente por 2 horas. Esse resultado demonstrou a assertividade da equipe nesta terapêutica:

$$\frac{\text{Número total de pacientes que realizaram o TRE em 2 horas}}{\text{Número total de pacientes que foram submetidos ao TRE}}$$

O valor de referência foi o seguinte: o teste devia ter duração de 2 horas para que fosse possível validar a decisão terapêutica de extubar o paciente – valor de referência de 12 a 14% do total de pacientes que foram extubados de forma planejada.

### Indicador 4

A falência de extubação foi o indicador 4. A entrega da Fisioterapia foi extubar o paciente de acordo com os critérios do protocolo de desmame e demonstrar a assertividade da equipe nessa terapêutica. Deve ser também capaz de medir o insucesso no desmame da ventilação mecânica.

$$\frac{\text{Número total de pacientes reintubados em até 48 horas pós-extubação incluídos no protocolo}}{\text{Número total de pacientes que passaram no TER e foram extubados}}$$

### Indicador 5

O quinto indicador foi a mudança de nível de atividade física. A entrega da Fisioterapia foi acompanhar o nível de atividade física realizada pelo indivíduo ao longo do período estabelecido como meta. Essa medida significou a mudança no comportamento em relação à inclusão da atividade na vida do indivíduo, representando o alcance da meta nessa população.

$$\frac{\text{Número total de indivíduos que mudaram o nível de atividade física}}{\text{Número total de indivíduos submetidos à orientação e ao acompanhamento da atividade física}}$$

O valor de referência foi subir pelo menos 1 nível na avaliação da atividade física.

### Requisito 3: avaliar a adesão da Fisioterapia nos protocolos

A adesão nesse domínio foi considerada como melhor assistência se a equipe incluiu o paciente/indivíduo no protocolo estabelecido como melhor prática.

$$\frac{\text{Número total de pacientes que foram incluídos no protocolo}}{\text{Número total de pacientes que preenchem critérios de inclusão no protocolo}}$$

### Requisito 4: medir se o prognóstico de resultado de tratamento foi alcançado

Nesse domínio, foi medido se o prognóstico de resultado de tratamento foi alcançado por meio da contagem dos objetivos alcançados propostos pela equipe durante

o tratamento de Fisioterapia. Esse item foi analisado em consulta do formulário de objetivos terapêuticos no prontuário do paciente. Foi realizado um cálculo de amostra para um erro de 15%.

Utilizamos um menu de objetivos com valores de métrica e/ou nível de assistência na composição do impresso, como por exemplo: “Andar com \_\_\_\_\_ auxílio em \_\_\_\_\_ dias (utilizar MIF)”:

$\frac{\text{Número total de objetivos propostos para cada paciente}}{\text{Número total de objetivos alcançados para cada paciente}}$
--

**Requisito 5: infraestrutura**

Nesse domínio, foram considerados três aspectos que contribuíram para a melhor prática, sendo eles o nível de assistência, dado pela relação entre a demanda de pacientes e o número de fisioterapeutas; os equipamentos e materiais para realizar a terapia com qualidade e a área física adequada de acordo com a característica do atendimento. Para este domínio definimos os itens mínimos de estrutura para um bom atendimento. Cada item é considerado 1 ponto e considerado sobre o total de item que compõem cada um dos 3 aspectos nas áreas de internação e ambulatorios. (Figura 6)

Tabela de pontos para mensurar o Requisito 5 - Infraestrutura			
Guia para pontuar o Domínio de Estrutura			
Internação Hospitalar	Valor de cada item	Ambulatório	Valor de cada item
Leitos individuais ou enfermaria	1	Box para tratamento individual	1
		Ginásio de exercício	1
Guia para pontuar os Equipamentos necessários para assistência de qualidade			
Internação Hospitalar		Ambulatório	
Acessórios de terapia tipo bola/rolo	1	Acessórios de terapia tipo bola/rolo	1
Estetoscópio	1	Aparelhos de mecanoterapia	1
Estimulação elétrica (FES)	1	Bicicleta ergométrica	1
Interface	1	Calços e bancos diferentes tamanhos	1
Laser	1	Cama elástica	1
Manovacuômetro	1	Colchonetes	1
Material de oxigenoterapia	1	Disco de propriocepção	1
Medidor cuff	1	Espaldar	1
Muletas/andador	1	Esteira	1
Ondas curtas	1	Estetoscópio	1
Oxímetro de pulso	1	Estimulação elétrica (FES)	1
Pesos ou bandas elásticas	1	Fita métrica	1
Estimulação elétrica (TENS)	1	Goniômetro	1
Ultra som	1	Macas	1
Ventilador de VNI	1	Manovacuômetro	1
Ventilômetro	1	Maquina gelo - bolsa gelo	1
Ventilador mecânico	1	Material de oxigenoterapia	1
		Material estimulação sensorial	1
		Muletas/andador	1
		Ondas curtas	1
		Oxímetro de pulso	1
		Pesos ou bandas elásticas	1
		Estimulação elétrica (TENS)	1
		Termoterapia umida - Hot packs	1
		Ultra som	1

FES: functional electrical stimulation; TENS: transcutaneous electrical nerve stimulation; VNI: ventilação não invasiva.

Figura 6. Tabela de pontos para mensurar o Requisito 5 - Infraestrutura



## DISCUSSÃO

Este índice traduziu o que representou cada gestão, ou seja, conseguiu caracterizar, em cada uma delas, a atividade mais importante. Isso significa que, seguindo os requisitos propostos e a estrutura da matriz lógica do que compõe o índice, ele pode ser utilizado para qualquer tipo de serviço de Fisioterapia, tornando-se reproduzível e customizado. Isso que dizer ainda que é possível escolher os indicadores de resultado de assistência (ou qualquer outro que compõe os requisitos) de acordo com o planejamento estratégico da área ou trocar por outro, se o anterior não mais interessar ou se apresentar estável sem necessidade de mais monitoramento e controle.

Alguns autores identificam duas fases na definição de qualidade. Na primeira, foram corrigidos erros; na segunda, está o refinamento do padrão adequado. Tal refinamento inclui não apenas a entrega ou o resultado assistencial, mas também subsídios de conhecimentos que possam nortear a melhoria na assistência. Os resultados dependem também da interação e da reação do paciente, bem como do comportamento do profissional, sendo, portanto, de difícil mensuração. Esses mesmos autores salientam que o *feedback* no setor privado é facilmente detectável pela variação.<sup>(10)</sup>

O *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade da assistência à saúde como “o grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações melhoram a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente”.<sup>(11)</sup>

Ressaltamos que o esforço para a mensuração de resultados está diretamente relacionado à satisfação do paciente.<sup>(12)</sup>

Atualmente, ainda nos deparamos com a dificuldade de encontrar publicações referente à Fisioterapia. Apesar da franca integração da equipe de Fisioterapia em equipes hospitalares e de haver discussões sobre indicadores do paciente internado, específicos ou não, a Fisioterapia não é contemplada nas avaliações de indicadores.<sup>(13)</sup>

Portanto, a proposta de fazer um índice composto, que faça sentido para determinar a qualidade de um serviço de Fisioterapia, é mais robusta quando comparada com indicadores isolados que traduzem partes de um processo de assistência.

## CONCLUSÃO

O instrumento proposto permitiu avaliar vários itens que compunham o serviço de Fisioterapia, possibilitando customização, reprodutibilidade e *benchmark* entre as instituições. Para a gestão, este índice, que engloba os cinco requisitos, denotou a qualidade e atualização do profissional, os resultados de assistência, o resultado do planejamento terapêutico e a estrutura do serviço de Fisioterapia. Proporciona, assim, a oportunidade de identificar os pontos de melhoria, e os pontos fortes da equipe e do processo de assistência da Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

1. Nogueira RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
2. Bataglin MP. Avaliação em serviços de saúde. Mimeo: Curitiba; 1998.
3. Polizer R, D' Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rer Bras Enferm*. 2006;59(4):548-51. Review.
4. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZM, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FioCruz;1997; p. 29-48.
5. Guerrini FM. Introdução à administração. São Carlos: EESCUSP; 2002.
6. Neely A. *Measuring business performance: why, what and how*. London: The Economist Books; 1998.
7. Neely A, Gregory M, Platts K. Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *Int J Operat Prod Manag*. 1995;15(4): 80-116.
8. Adams C, Neely A. *Handbook of performance measurement*. London: Bouine; 2000. *Perspectives on performance: the performance prism*. p. 19-23.
9. De Feo, Joseph A, Barnard W. *Juran Institute's Six Sigma Breakthrough and Beyond: Quality Performance Breakthrough Methods* New York: McGraw-Hill Professional;2003.
10. Misoczky MC, Vieira MM. Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. *RAP*. 2001;35(5): 163-77.
11. Institute of Medicine. Committee on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN, editors. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
12. Vanti C, Bonetti F, Ceron D, Piccarreta R, Violante FS, Guccione A, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey in an Italian musculoskeletal population. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:125.
13. Souza A, Fernandes WA, Pavão HG, Lastoria G, Paranhos ACF. Indicadores de internações hospitalares e conforto humano para os municípios do pantanal sul-mato-grossense. *Rev Biotécnicas*. 2013;19(1):24-34.