

GABRIELLA DE ALMEIDA RASCHKE MEDEIROS

**AValiação DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Florianópolis
2013

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de
Mestre de Saúde Coletiva.
Orientadora: Profa. Dra.
Maria Cristina Marino
Calvo.

Florianópolis
2013

Medeiros, Gabriella de Almeida Raschke
Avaliação da qualidade dos serviços públicos de
fisioterapia no Estado de Santa Catarina / Gabriella de
Almeida Raschke Medeiros ; orientadora, Maria Cristina
Marino Calvo - Florianópolis, SC, 2013.
173 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. avaliação em saúde. 3.
fisioterapia. 4. serviços de saúde. I. Calvo, Maria
Cristina Marino. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de “Mestre em Saúde Coletiva”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 30 de agosto de 2013.

Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo (Presidente)

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas (Membro Titular)

Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi (Membro Titular)

Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio (Membro Externo)

Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda (Suplente)

Esta dissertação é dedicada aos meus colegas, trabalhadores do Centro de Fisioterapia e Reabilitação de Balneário Camboriú, pela fonte de inspiração que vai além desta escrita, pela fantástica experiência de fisioterapia no sistema público de saúde.

AGRADECIMENTOS

A perspectiva de realizar o mestrado neste programa tem me acompanhado desde a graduação em fisioterapia. Na época, sob influência do trabalho de conclusão de curso, tinha intenção de conhecer a inserção do fisioterapeuta na atenção básica. Caminhos me direcionaram para a média complexidade, e como fisioterapeuta do Centro de Fisioterapia e Reabilitação de Balneário Camboriú, tive a oportunidade de experimentar e vivenciar o cotidiano do trabalho no SUS – não tive dúvidas, havia escolhido a profissão certa! E foi neste espaço que pude amadurecer a proposta deste estudo. Ao concluir mais esta etapa da minha formação, inúmeras pessoas participaram intensamente deste percurso, razão da minha gratidão e agradecimento.

- À minha família: **Clarice, Nazareno e Priscilla**, meu eterno porto-seguro e certeza de apoio em todos os meus objetivos;
- À minha paixão: **Roberto**, por estar construindo comigo a sua história e ajudando a construir a minha. Agradeço o companheirismo, amor, cumplicidade, e todas as palavras de incentivo e coragem que auxiliaram a guiar meus passos em direção à saúde mais humana e social;
- À toda equipe do **Centro de Fisioterapia e Reabilitação** de Balneário Camboriú e também aos usuários deste serviço, orgulho-me de ter feito parte desta maravilhosa equipe, comprometida com a qualidade da fisioterapia e com os propósitos do SUS. Tenho a certeza que deixo com vocês um pouco da minha personalidade e de meus ideais;
- Aos meus **professores de Mestrado** com quem aprendo diariamente a construir, reconstruir e transformar a prática do trabalho em saúde pública. Ainda tenho muito a aprender, e esse sentimento é que me dá mais ânimo para continuar seguindo;
- Aos **Grupos de Avaliação em Saúde e Bioética em Saúde Coletiva** pelas leituras, discussões e trocas de saberes que, sem dúvidas, tem transformado nossos pensamentos e conseqüentemente nossas ações na busca de saúde pública e de qualidade. Levaremos para sempre este aprendizado!;

- Às minhas grandes amigas **Paulinha e Janise**, agradeço pela amizade, carinho, confiança e principalmente pelos ensinamentos nestes intensos dois anos de convivência;
- À **Tatiane Genorai** da Gerência de Programação em saúde da Ses/SC pela gentileza ao compartilhar as informações do Cnes e **Jaqueline Reginatto** da Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência da Ses/SC pela cordialidade durante todos os encontros, no fornecimento de material e mediação de contatos;
- Ao **Crefito-10** por divulgar e apoiar este estudo;
- Aos participantes deste estudo: **aos pré-juízes**, profissionais incríveis que se dispuseram a avaliar o instrumento de pesquisa e trazer importantes contribuições para sua aplicabilidade. Aos **profissionais dos centros de fisioterapia: coordenadores, fisioterapeutas e usuários** que, mesmo sem ter qualquer referência da pesquisadora, abriram as portas para a realização deste estudo e que estão contribuindo para uma nova configuração da fisioterapia;
- À **Banca** que aceitou o convite para este trabalho: **Professores Sérgio, Claudia, Rosana, Josi e Simone**, dispondo de seu tempo para a leitura, reflexões e contribuições;
- À **orientadora** deste estudo, **Profa. Cristina**, agradeço sua atenção ao escutar cada pensamento construído, cada texto produzido; pela oportunidade surgida com Pmaq e agora ao concluir esta dissertação. Certamente, a partir deste mestrado, minha formação profissional passará a ter sua influência neste processo.
- Ao **Deus**: pelos caminhos que se abriram aos quais tive a oportunidade de aproveitá-los, podendo retirar de cada um deles elementos para subsidiar minha personalidade e formação crítica.

Muito Obrigada,
Gabriella.

Somos o que fazemos, mas
somos, principalmente, o
que fazemos para mudar o
que somos.

(Eduardo Galeano)

RESUMO

O fisioterapeuta é reconhecido por suas habilidades na reabilitação que influenciaram sua inserção na rede pública de saúde nos níveis de média e alta complexidades. A expansão dos serviços ofertados pelos SUS tem demandado novas estratégias que assegurem maior eficácia, eficiência e qualidade mediante ações de avaliação em saúde. Apesar das discussões sobre avaliação de serviços ter ganhado importante destaque, ainda são escassos estudos referentes à avaliação da qualidade em fisioterapia no enfoque de Donabedian para “estrutura-processo-resultado”. Este estudo objetivou estruturar e aplicar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia (próprios e credenciados ao SUS) na média complexidade ambulatorial. A metodologia foi a pesquisa avaliativa desenvolvida em 3 etapas: (1) estudo descritivo exploratório utilizando dados secundários do CNES e do SIA, investigando as seguintes variáveis: município e região de localização do serviço; nível de complexidade; tipo de unidade de saúde na qual o serviço se localiza; tempo de prestação de serviços de fisioterapia ao SUS; número de fisioterapeutas; especialidades atendidas; quantidade de procedimentos ambulatoriais, (2) construção do modelo teórico-lógico com aporte literário e (3) aplicação do modelo de avaliação com estudo de casos múltiplos através de semana típica em 5 serviços selecionados: 2 municipais próprios, 2 credenciados ao SUS e 1 serviço estadual. Até fevereiro de 2013 estavam estruturados 289 serviços públicos de fisioterapia (151 próprios e 138 credenciados), a quantidade de profissionais e de estabelecimentos é semelhante entre serviços próprios e credenciados, contudo, a quantidade de procedimentos é quatro vezes maior entre os credenciados. O modelo construído cumpriu com os atributos da qualidade adaptados para organização da estrutura, organização do trabalho e satisfação do usuário. A matriz avaliativa foi composta por 35 medidas agrupadas em 7 subdimensões. Organização da

estrutura foi avaliada como “pouco adequado”, organização do trabalho “regular” e satisfação do usuário foi considerada “adequado” – demonstrando que o modelo pode ser utilizado para avaliar a qualidade destes serviços, traz a expectativa de não improvisação da atenção fisioterápica com contribuições para ações de planejamento e tomada de decisão.

Palavras-chave: avaliação em saúde, fisioterapia, serviços de saúde.

ABSTRACT

The physiotherapist is recognized for their skills in rehabilitation have influenced their inclusion in public health at the levels of medium and high complexity. The expansion of services offered by the SUS has required new strategies to ensure greater effectiveness, efficiency and quality through actions of health evaluation. Despite discussions about evaluation services have gained major prominence, are scarce studies on the evaluation of the quality, Donabedian physiotherapy approach to "structure-process-outcome". This study aimed to structure and implement a model for assessing the quality of municipal services physiotherapy (own and accredited to SUS) in medium complexity outpatient. The evaluative research methodology was developed in three steps: (1) exploratory descriptive study using secondary data from CNES and the SIA, investigating the following variables: county and region of location of service, level of complexity, type of health facility in which the service is located; time providing physiotherapy services to SUS number of physiotherapists; specialties served; amount of outpatient procedures, (2) construction of the theoretical-logical model with literary contribution and (3) application of the evaluation model to study multiple cases through a typical week in 5 selected services: municipal own 2, 2 and 1 associated to SUS state service. Until February 2013 were 289 structured public physiotherapy (151 own and 138 accredited), the amount of professional and service establishments is similar between themselves and accredited, however, the number of procedures is four times higher among accredited. The model built has met the quality attributes tailored to the organization's structure, work organization and user satisfaction. The evaluative matrix comprised 35 measures grouped into seven sub-dimensions. Organization structure was evaluated as "barely adequate" labor organization "regular" and user satisfaction was considered "adequate" - demonstrating that the model can be

used to evaluate the quality of these services, brings the expectation of improvisation not care physiotherapy in action contributions planning and decision making.

Keywords: health evaluation, physical therapy, health services.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Regiões de Saúde de Santa Catarina, conforme deliberação da CIB 457/2012.....	39
Figura 2 - Modelo teórico-lógico dos serviços públicos de fisioterapia.....	59
Tabela 1 – Tabela demonstrando a relação quantitativa de publicações na base de pesquisa com os respectivos descritores.....	51
Quadro 1 – Estudos de avaliação do serviço ou assistência fisioterápica.....	52
Quadro 2 – Síntese da matriz avaliativa da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia.....	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	OBJETIVOS.....	27
1.1.1	Objetivo Geral.....	27
1.1.2	Objetivos Específicos.....	27
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1	FISIOTERAPIA: DAS BASES HISTÓRICAS AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	29
2.1.1	A Fisioterapia no mundo.....	29
2.1.2	A Fisioterapia no Brasil.....	32
2.1.3	O estudo da legislação.....	34
2.1.4	Perfil da fisioterapia em Santa Catarina.....	38
2.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	43
2.2.1	A avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia.....	50
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	55
3.1	DELIMITAÇÃO DO OBJETO E TIPO DE PESQUISA.....	55
3.2	MODELO TEÓRICO-LÓGICO.....	57
3.3	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	62
3.4	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA.....	63
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	66
3.6	DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO.....	67
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
4.1	Artigo 1 - Revista da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.....	71

4.2	Artigo 2 - Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	87
	REFERÊNCIA	113
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
	APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados.....	131
	APÊNDICE C – Instrumento de Observação da Estrutura do Centro Especializado de Fisioterapia.....	133
	APÊNDICE D - – Instrumento de Entrevista com o Coordenador do Centro Especializado de Fisioterapia	137
	APÊNDICE E – Instrumento de Entrevista com o Fisioterapeuta do Centro Especializado de Fisioterapia ...	143
	APÊNDICE F – Instrumento de Entrevista com Usuário de Centro Especializado de Fisioterapia	147
	APÊNDICE G – Matriz Avaliativa.....	157
	Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFSC.....	173

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis 8080 e 8142 de 1990 e suas posteriores revisões, reconfigurou o sistema de proteção social e o modelo de atenção à saúde no Brasil, com vistas à efetivação da municipalização, ampliação do envolvimento da comunidade e formulação de políticas públicas como forma de enfrentamento do quadro social brasileiro (BERETTA; MARTINS, 2004).

A assistência à saúde no SUS está organizada em dois blocos: (1) atenção básica e (2) média e alta complexidades (ambulatorial e hospitalar) – todos orientados pelos princípios de regionalização e hierarquização (BRASIL, 2011).

Na atenção básica, Saúde da Família é a estratégia adotada para a maioria dos municípios brasileiros que cumpre com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde. Suas ações desenvolvem-se na perspectiva de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, sob uma ótica contínua e pró-ativa (CIANCIARULLO *et al.*, 2002).

As equipes multiprofissionais atuam nas unidades básicas de saúde (UBS) e tem a responsabilidade pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Esta estrutura organizacional é conhecida como unidade de saúde da família (USF), definida como porta de entrada do sistema e eixo orientador para estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2002).

Pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), concluiu que aproximadamente 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS. E foi além, revelando que funcionando adequadamente, as unidades básicas de saúde são capazes de solucionar até 85% dos problemas de saúde apresentados pela sua comunidade.

Este índice é conseguido mediante a prevenção de doenças que reduzem o número de internações desnecessárias com conseqüente melhora da qualidade de vida da população (BRASIL, 2009).

Embora a atenção básica seja considerada o contato preferencial do usuário, sua oferta de serviços e procedimentos não esgotam as necessidades dos usuários do SUS, colocando em cena os serviços especializados de média e alta complexidades com seus fluxos de referência e contra-referência (BRASIL, 2011; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Para a finalidade desta dissertação, o olhar estará alinhado aos serviços de média complexidade executados pela fisioterapia.

As ações e serviços de média complexidade ambulatorial demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento dos principais problemas e agravos de saúde da população. A fisioterapia está incluída na lista de procedimentos de média complexidade e na alta complexidade estão os serviços que envolvem alta tecnologia e alto custo, como a assistência ao paciente oncológico e procedimentos de cardiologia intervencionista (BRASIL, 2011).

Ao longo da história, estes procedimentos foram influenciados pelo complexo médico-assistencial privatista, com vistas à prática médica curativa, assistencialista, individual e especializada (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001). A oferta destes serviços tem sido executada, em sua maior parte, por meio de contratos ou convênios firmados com a iniciativa privada, instituições filantrópicas e universitárias e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes (SOLLA; CHIORO, 2012).

A assistência em fisioterapia, como as demais profissões da área da saúde, seguiu este mesmo modelo de intervenção, embora o investimento governamental nesta área fosse infinitamente menor do que na assistência médica. Em 1950 os acidentes de trabalho oriundos da industrialização

necessitavam de uma ação fisioterápica reabilitadora para tornar os operários novamente aptos à produção. A poliomielite também apresentava alta incidência, deixando sequelas no aparelho musculoesquelético e conseqüente necessidade de tratamento e reabilitação dos indivíduos para reintegração 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 de caráter reabilitador e curativo. Esta situação é confirmada pelas palavras de Oliveira (2004, p.10):

A saúde assume um caráter cada vez mais privatizado, e o papel do Governo Federal resume-se, no decorrer dos anos, a repassar os recursos aos prestadores privados de serviços de saúde, ligados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Alguns municípios brasileiros, entendendo o papel da média complexidade como base para a referência/contrareferência necessária para a eficiência do atual modelo hierarquizado, tentaram construir sistemas de saúde autônomos que oferecessem procedimentos de maior complexidade à população (MENDES, 2001). No entanto, a edição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde que trata da Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, aponta que a expansão desta rede municipal ocorreu

sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se

tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente (BRASIL, 2011, p.14).

Neste sentido, o acesso aos serviços de média e alta complexidade constitui importante entrave na garantia de continuidade do cuidado e integralidade da assistência à saúde, sendo necessárias estratégias de organização que assegurem maior eficácia, eficiência e qualidade – fato que exige a construção de novas maneiras de produzir saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira (AKERMAN; FEUERWERKER, 2007; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; BRASIL, 2011; SOLLA; CHIORO, 2012).

Como estratégia de superação desta lacuna, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a avaliação dos serviços de saúde são ações que tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde na busca pela qualidade da assistência no SUS.

A Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 coloca as Redes de Atenção à Saúde como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Seu objetivo é integrar a atenção básica aos serviços de urgência, às especialidades, às ações de vigilância em saúde, resgatando a concepção de rede hierarquizada e regionalizada como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, enfatiza-se sua utilização como um instrumento de gestão para promover a melhoria contínua da atenção com equilíbrio dos custos, propiciando ao usuário atendimento de qualidade. Nesse contexto, são oportunas propostas para avaliar a qualidade dos serviços na atenção básica e nos demais níveis de complexidade, como vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde com a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica (2003),

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004) e em 2012, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (COLUSSI, 2010; BRASIL, 2012).

Todavia, apesar das discussões a respeito de avaliação e monitoramento de serviços de saúde ter ganhado importante destaque nas ações do Ministério da Saúde, ainda são escassos estudos referentes à avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia.

Em sintonia com a formação acadêmica biomédica, o fisioterapeuta desenvolveu habilidades reconhecidas na recuperação funcional de pessoas fisicamente lesionadas. Este tipo de assistência, direcionada às desordens posturais, distúrbios músculo-esqueléticos e seqüelas neurológicas, influenciaram a sua inserção na rede pública de saúde, com atuação reconhecida nas clínicas de média complexidade (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; RIBEIRO, 2002).

A motivação para a realização desta dissertação na linha de avaliação surgiu a partir da experiência, enquanto trabalhadora da saúde, vivenciada no serviço municipal de fisioterapia de Balneário Camboriú (SC). As dificuldades burocráticas para acesso ao serviço, a dificuldade de comunicação com a atenção básica e demais especialidades para a contra-referência, as discussões em equipe sobre quantidade de sessões realizadas e a qualidade da assistência prestada, as dúvidas a respeito dos critérios da alta fisioterápica, a necessidade de desenvolver um planejamento para o serviço, entre outros – tornaram-se fatores de inquietação essenciais que levaram a investigar a qualidade dos serviços de fisioterapia.

A maturação do objeto de pesquisa passou pelas seguintes considerações:

- a resolutividade da atenção básica depende da articulação com os serviços especializados,
- a transição epidemiológica revela uma tendência crescente das condições crônicas com importante incremento da assistência fisioterápica de média complexidade,

- são escassos os estudos referentes à avaliação de serviços na fisioterapia,

- a descentralização do sistema tem ênfase na municipalização, envolvendo também serviços da média e alta complexidades.

Para fins deste estudo, definiu-se como objeto os serviços públicos 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. A sociedade civil organizada vem solicitando a presença do fisioterapeuta nos serviços públicos de saúde e a avaliação tem sido considerada uma importante estratégia para a garantia de qualidade dos serviços prestados.

Este estudo pretende explorar, principalmente, dois aspectos:

- as condições de atuação de serviços públicos de fisioterapia de média complexidade oferecidos pelo SUS em Santa Catarina;

- quais as diferenças observadas na qualidade da assistência em serviços próprios e serviços credenciados ao SUS.

Esta dissertação está organizada em 4 capítulos, referências e apêndices. O primeiro capítulo é essa introdução, que se complementa com os objetivos. O segundo capítulo é de referencial teórico que oferece sustentação ao desenvolvimento do estudo, subdividido em duas seções – o desenvolvimento da fisioterapia e qualidade dos serviços de saúde. O terceiro capítulo descreve a proposta metodológica adotada no estudo. O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa, incluindo dois artigos inéditos.

Espera-se que este estudo possa trazer contribuições para subsidiar ações de planejamento e tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos de fisioterapia.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade dos serviços públicos (próprios e credenciados ao SUS) de fisioterapia que se concentram na média complexidade ambulatorial.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os serviços públicos de fisioterapia, de média complexidade ambulatorial, próprios e credenciados ao SUS, em Santa Catarina;
- Descrever as principais características destes serviços;
- Desenvolver um modelo teórico-lógico de avaliação da qualidade para os serviços de fisioterapia;
- Formular indicadores apropriados para a avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia;
- Coletar e testar a consistência destes indicadores;
- Aplicar o modelo de avaliação em serviços públicos de fisioterapia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 FISIOTERAPIA: DAS BASES HISTÓRICAS AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O fisioterapeuta pode ser definido como profissional generalista que atua isoladamente ou em equipe nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Tem como principal objeto de trabalho o movimento humano e sua funcionalidade (BARROS, 2003).

Em consequência das habilidades e competências desenvolvidas na graduação e em cursos de pós-graduação, seu campo de atuação tem ampliado consideravelmente nos últimos anos, com inserção em setores e serviços diferenciados, tais como: clínicas, consultórios, hospitais, creches, empresas, escolas, universidades, centros de pesquisa, agremiações desportivas, postos de saúde, órgãos públicos, na saúde coletiva entre outros (VIANA, 2005).

Para melhor entendimento da profissionalização do fisioterapeuta, serão brevemente revistas as bases históricas da fisioterapia no mundo e no Brasil, e à legislação que suporta a ampliação do desenvolvimento profissional.

2.1.1 A Fisioterapia no mundo

Segundo Rosen (1980), as civilizações antigas já utilizavam recursos da natureza, como o calor, a água e a eletricidade para alívio da dor ou simplesmente como forma de relaxamento e cuidados com o corpo. As massagens e os exercícios físicos também eram praticados pelos povos gregos. Dentre os romanos, destaca-se Galeno, exímio observador e experimentador, que naquela época descreveu músculos e ossos, cérebro, nervos e sistema vascular com admirável riqueza de detalhes. Galeno também aplicava

dietas, drogas e a eminente fisioterapia em seus tratamentos (MARGOTTA, 1998).

Existem registros de obras na China, abordando 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).

Houve uma gradativa aproximação com a utilização dos elementos da natureza e do movimento com o que hoje chamamos de recursos tecnológicos e cinesioterapia para a manutenção ou recuperação da função humana - ferramentas do fazer fisioterapêutico (VIANA, 2005).

Os diferentes momentos da história influenciaram sobremaneira as concepções do homem sobre si mesmo, sobre o mundo e sua existência.

A conduta religiosa centralizadora, autoritária e hierárquica influenciou o culto à saúde durante o período da Idade Média. Os acontecimentos “naturais” ocorridos com o corpo teriam a intervenção e a decisão divina, ao contrário, aqueles considerados “negativos” (as doenças) eram tidos como obras demoníacas, fruto de punição por pecado ou resultado de feitiçaria. Desta maneira, qualquer fenômeno com o corpo seria resultado de uma alma pecaminosa ou pura e as terapias consistiam em orações, penitência e a invocação de santos (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

É possível identificar que nesta época, a preocupação central eram as “diferenças incômodas”, que equivale ao que hoje conhecemos por doença, direcionando a cura com a utilização de agentes físicos como o peixe elétrico (eletroterapia) e os movimentos do corpo humano (cinesioterapia). A disfunção orgânica já estabelecida e instalada necessitava de pronto tratamento e recuperação, mediante a aplicação da medicina curativa (MARGOTTA, 1998; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

De acordo Barros (2003), durante o período do Renascimento (séculos XV e XVI), houve grande retomada

dos estudos relativos aos cuidados com a saúde e beleza corporal, oportunizada pelas manifestações artísticas, políticas e a maior valorização do homem, da cultura física e da saúde. O progresso das universidades abrangeu o conceito de saúde para âmbitos além daqueles vistos até o momento, impulsionando a idéia de medicina preventiva.

A Industrialização foi marcada por um período de transformação social determinada pela produção em grande escala, utilização crescente de máquinas e estafantes jornadas de trabalho, além do trabalho infantil. A situação dos operários e suas condições de trabalho eram as piores possíveis: lugares úmidos e mal ventilados, salários irrisórios, condições sanitárias precárias e alimentares insatisfatórias que, aliadas ao crescimento urbano desordenado, culminaram com o aumento da morbimortalidade (ROSEN, 1980).

Nas fábricas e minas de carvão, as condições mínimas de segurança eram ignoradas para não haver interferência no lucro da produção, por isso, os acidentes de trabalho eram constantes. Toda essa miséria provocou o surgimento e a proliferação de novas doenças e epidemias como a tuberculose e o cólera, casos de alcoolismo, infanticídio, prostituição, suicídio e o aumento da criminalidade (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Nesta época foram desenvolvidos meios para recuperar os trabalhadores acidentados e criados diversos tipos de ginásticas e exercícios com a finalidade de aumentar a produtividade (GAVA, 2004).

Decorrente desta época, muitos avanços surgiram na atenção à saúde: o atendimento clínico, a cirurgia, a farmacologia, a aplicação de recursos elétricos, térmicos, hídricos e de exercícios físicos dirigidos para o atendimento do indivíduo doente. Neste momento surge também o atendimento hospitalar; e no século XIX, estudiosos de diversos países da Europa contribuíram para o desenvolvimento do que posteriormente foi definido como campo da fisioterapia (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; BARROS, 2003).

As mudanças na área da saúde, o aumento dos casos de poliomielite e dos sequelados das grandes guerras mundiais, a complexidade em ciência e tecnologia e a necessidade de abrir o leque das profissões delegando funções e atribuições a outros profissionais, foram fatores determinantes para o surgimento dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas. As primeiras escolas surgiram na Alemanha: em 1902 na cidade de Kiel e em 1918 em Dresden (GAVA, 2004).

2.1.2 A Fisioterapia no Brasil

As primeiras escolas de ensino superior fundadas no Brasil foram as de Medicina no ano de 1808: a primeira, em fevereiro na Bahia e a segunda, no mês de novembro no Rio de Janeiro (MARGOTTA, 1998).

A partir da formação dos primeiros médicos e de suas experiências trazidas de viagens à Europa, começaram a surgir no país os primeiros serviços de fisioterapia executados e altamente acreditados pelos médicos da época. A fisioterapia brasileira no início do século XX adquiriu grande importância neste meio, gerando inclusive, disputas pelo conhecimento e domínio desta ciência que através da hidroterapia e da eletricidade médica, alcançavam sucesso na cura de muitas doenças (BARROS, 2003).

Em 1929, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o Serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho para prestar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Posteriormente, organizou também o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas (SANCHÉZ, 1984).

No âmbito da educação, o primeiro curso para a formação de Técnicos em Fisioterapia iniciou em 1951, tinha a duração de dois anos e a missão de formar profissionais para atuar na área de reabilitação (SANCHEZ, 1984). A Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro foi criada pela

Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR) em 1956, sendo a primeira instituição do país a oferecer curso de graduação em fisioterapia de caráter regular (BARROS, 2008).

No ano seguinte, a Reitoria da Universidade de São Paulo regulamentou os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que eram realizados no Instituto de Reabilitação. Nesta época os cursos eram ministrados e supervisionados por suecos e mais tarde por escoceses e canadenses. Porém, mesmo tendo aumentado o tempo de duração do curso para três anos e o profissional formado ser de nível universitário, o fisioterapeuta ainda atuava como auxiliar médico, limitado à execução do tratamento prescrito por ele (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; BARROS, 2003).

Somente 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, é 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 profissional da fisioterapia no Brasil (BARROS, 2003).

Durante a década de 1950, o país passava pela industrialização e foi nesta época que se instalaram as fábricas de veículos Ford, General Motors, Willys e Volkswagen e, os acidentes de trabalho oriundos da indústria automobilística necessitavam de reabilitação para tornar os operários novamente aptos à produção. Nesta mesma década, a incidência de poliomielite acometia inúmeras vítimas com sequelas motoras, e mais uma vez, 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).

Para melhor seguir na compreensão de como ocorreu a evolução e solidificação da fisioterapia enquanto profissão, utilizaremos como ferramenta o levantamento dos principais documentos oficiais e da legislação.

2.1.3 O estudo da legislação

O Parecer nº 388/63 é um dos primeiros documentos que definem a ocupação e os limites de trabalho. Este determina que o fisioterapeuta é um profissional de nível superior que executa com perfeição técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados e orientados pelo médico com o objetivo de conduzir à cura ou recuperação do organismo. Além disso, o fisioterapeuta é um elemento básico da equipe de reabilitação, cabendo a ele às atividades de direção, chefia e liderança, entretanto, não estava apto a realizar diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1963).

No Decreto-Lei nº 938/69, de 13 de Outubro de 1969, o fisioterapeuta é um profissional de nível superior capaz de executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com o objetivo de desenvolver, conservar e restaurar a capacidade física do paciente. Este dispositivo aponta as atividades específicas que poderão ser desenvolvidas por ele, como: cargos de direção e assessoramento técnico em estabelecimentos públicos e particulares, exercer o magistério no ensino médio e superior em disciplinas de educação básica ou profissional, além de supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos (COFFITO, 1969).

Em 17 de dezembro de 1975, a Lei 6316 criava o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e CREFITO, respectivamente. Tais órgãos possuem caráter normativo, supervisor e fiscalizador do exercício profissional, tendo o dever legal e função social de manter o controle ético e científico dos serviços ou atendimentos praticados pela

fisioterapia e terapia ocupacional. A lei refere que dentre as possibilidades de locais e atividades de trabalho, estão: a administração pública direta ou indireta, os estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, asilos; exercícios de cargo, função ou emprego de assessoramento, chefia ou direção. Para pleitear vagas para emprego, será exigida a condição essencial de apresentação da carteira profissional (COFFITO, 1975).

A Resolução nº 10 do COFFITO de 03 de Julho de 1978 criou o Código de Ética Profissional, assinalando a assistência destes profissionais nos três níveis de atenção à saúde. O fisioterapeuta tem como dever utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos que estiverem ao seu alcance para minimizar ou prevenir o sofrimento do ser humano e participar dos programas de assistência à comunidade em âmbito nacional e internacional (COFFITO, 1978).

Na análise de Rebelatto e Botomé (1999, p.60), o Código de Ética pode ser considerado como um dos poucos documentos que parecem levar a fisioterapia para além dos aspectos de assistência curativa ou reabilitadora, conforme segue:

Este documento, embora contenha os termos tratamento e recuperação, não se resume a essas formas, âmbitos ou níveis de assistência à Saúde. Apresenta, como dever do fisioterapeuta, também a promoção da saúde do homem. O termo “saúde”, nesse contexto, adquire uma importância fundamental, pois sugere uma preocupação voltada para a assistência ao indivíduo não somente após ele ter sido lesado, acometido por algum tipo de

patologia ou seqüelas correspondentes. Um tipo de assistência no qual a frequência e a intensidade dos esforços estariam, no mínimo, divididos entre formas alternativas de assistência, tais como a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e as formas até então enfatizadas (tratamento, cura, reabilitação).

A Resolução Coffito-80 afirma que é de competência do fisioterapeuta a elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, que compreende a avaliação físico-funcional, momento em que são analisados e estudados os desvios físico-funcionais com o objetivo de detectar e parametrizar as alterações apresentadas. O profissional também está apto a prescrever as técnicas próprias da fisioterapia, programar a quantidade e qualidade destes recursos, induzir o processo terapêutico e finalmente, dar alta nos serviços prestados pela fisioterapia (COFFITO, 1987).

Esta mesma resolução afirma que o fisioterapeuta é competente para angariar todas as informações necessárias para o amplo tratamento do paciente sob sua responsabilidade, inclusive buscando o suporte de outros profissionais da equipe de saúde, solicitando laudos técnicos especializados e exames complementares (COFFITO, 1987).

As especialidades em fisioterapia se fizeram necessárias devido à evolução acadêmica, científica e social do profissional, que lhe cobraram o aprofundamento do conhecimento nas diversas áreas da assistência, promovendo a saúde com maior propriedade e resolutividade (VIANA, 2005).

Desde 1985 o fisioterapeuta está apto a aplicar, de maneira complementar, a acupuntura. Porém, somente quinze anos depois esta prática foi definida como especialidade fisioterapêutica (COFFITO, 2000).

Em 1998, os profissionais foram qualificados como especialistas nas áreas Neurofuncional (assistência específica aos distúrbios cinético-funcionais decorrentes de síndromes neurológicas) e Pneumofuncional (distúrbios intercorrentes dos processos sinérgicos respiratórios). No ano de 2006, esta especialidade teve sua nomenclatura substituída considerando que as evidências e publicações produzidas no ambiente acadêmico e científico já estavam consolidadas como Fisioterapia Respiratória (COFFITO, 1998a;1998b; 2006).

A Osteopatia e Quiropraxia também são especialidades do fisioterapeuta, já que estão fundamentadas em ações manipulativas e de ajustamento ostiomioarticular. Em fevereiro de 2004 foi reconhecida a Fisioterapia Traumatológica e Ortopédica Funcional como especialidade, por meio de formação acadêmica ou experiência profissional devidamente comprovada (COFFITO, 2002; 2004).

Nos anos seguintes – 2007, 2008 e 2009 – foram reconhecidas as especialidades Desportiva, Trabalho, Dermatofuncional, Saúde Coletiva, Oncofuncional, Urogineco-Funcional e Saúde da Mulher (COFFITO, 2007; 2008; 2009a; 2009b; 2009c; 2009d).

Tendo em vista a necessidade de promover uma assistência profissional adequada e específica de acordo com as exigências previstas no sistema de saúde vigente no país, foi reconhecida a especialidade de Fisioterapia em Terapia Intensiva, em 2011 (CREFITO 10, 2011a; 2011b).

A partir da legislação é possível observar a evolução da fisioterapia em pelo menos, três aspectos: o primeiro se refere à completa ausência de autonomia profissional que necessitava constantemente do aval médico para realizar suas atividades; em segundo lugar percebe-se a mudança no objeto de trabalho, inicialmente de caráter curativo e reabilitador e atualmente com inserção em níveis mais abrangentes da saúde; e por fim, de acordo com a realização de um trabalho ético, capacidade científica e percepção das necessidades da população, foram reconhecidas as habilidades do fisioterapeuta através das especializações mencionadas.

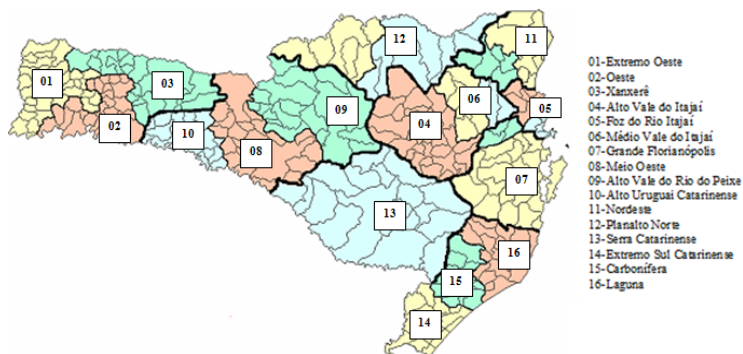
Hoje, por sua formação acadêmico-profissional, a fisioterapia atua em equipe com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisa como aporte para a prática clínica (GAVA, 2004).

2.1.4 Perfil da fisioterapia em Santa Catarina

Santa Catarina está localizada na região sul e conta com pouco mais de 6 (seis) milhões de habitantes. Sua abrangência territorial de 95,4 mil (noventa e quatro mil e quatrocentos) quilômetros reúne 295 (duzentos e noventa e cinco) municípios distribuídos em 36 (trinta e seis) Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs) organizadas de acordo com características sociais, políticas e econômicas (SANTA CATARINA, 2008; 2013).

Além desta divisão, o Pacto de Gestão prevê a criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR) – espaços destinados à articulação e definição de prioridades, agrupando os municípios em 9 (nove) macroregiões e 16 (dezesesseis) regiões de saúde com o objetivo de organizar a rede de ações e serviços de saúde de forma integral e resolutiva, como assinalado na Figura 1 (SANTA CATARINA, 2008; 2013).

Figura 1: Regiões de Saúde de Santa Catarina, conforme Deliberação CIB 457/2012.



Fonte: TabWin.

O Plano Estadual de Saúde (PES) constitui-se num instrumento que orienta as políticas e apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, servindo como importante aliado para ações de monitoramento e avaliação da gestão do sistema de saúde estadual. De acordo com a última publicação em 2011, os dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) demonstraram que, até dezembro de 2009 haviam sido realizados 112.004.784 (cento e doze milhões, quatro mil setecentos e oitenta e quatro) procedimentos - deste total, 56,6% foram realizados pela atenção básica, 31,6% pela média e 11,8% pela alta complexidade. No que se refere à fisioterapia, haviam sido aprovados neste período, 1.277.565 (um milhão duzentos e setenta e sete mil quinhentos e sessenta e cinco) procedimentos, correspondendo a 3,17% de todo o volume de produção ambulatorial registrado para o Estado (SANTA CATARINA, 2011).

Conforme este plano, apesar de esforços concentrados para a regionalização da assistência, percebe-se ainda importantes disparidades na distribuição dos serviços média complexidade. Tal situação pode ser identificada também na área de reabilitação. A Portaria GM/MS nº 818, de

05/06/2001 define que Santa Catarina deveria contar com cinco serviços nesta modalidade, sendo três de média complexidade e dois de alta complexidade; no entanto, possui atualmente apenas um serviço implantado para cada uma destas complexidades, demonstrando a necessidade de fortalecimento desta rede (SANTA CATARINA, 2011).

De acordo com informações disponíveis na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem em Santa Catarina 28 (vinte e oito) tipos de estabelecimentos de saúde que vão desde unidade básica, policlínica, passando por hospital geral, consultório geral, centro de especialidade, até telessaúde, pólo de academia e centros de regulação – totalizando 13.120 (treze mil cento e vinte) estabelecimentos. Quanto aos centros de especialidade, locais que tradicionalmente alocam os serviços de fisioterapia, estes somam 1.640 (um mil seiscentos e quarenta) estabelecimentos que incluem serviços especializados em odontologia, serviços de diagnóstico e imagem, fonoaudiologia, entre outros. Analisando-se a distribuição dos centros de especialidade pelo Estado foi possível observar que Joinville apresenta 1.058 (um mil e cinqüenta e oito) estabelecimentos, Florianópolis 989 (novecentos e oitenta e nove) e Blumenau 826 (oitocentos e vinte e seis), concentrando juntas 22% do total destes serviços (BRASIL, 2013).

Diferentemente da atenção básica em que a oferta de serviços se constitui numa rede capilarizada e distribuída o mais próximo possível de onde os usuários residem ou trabalham, a atenção especializada deve ser ofertada em sintonia com os princípios da regionalização e hierarquização, assegurando a relação custo-benefício com a qualidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2011; SOLLA; CHIORO, 2012). Dessa forma, são identificados os municípios com capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados que passam a ser uma referência hierarquizada para outros municípios da região, garantindo acesso aos procedimentos necessários a todos os usuários,

seja no município onde residem ou fora dele através dos fluxos de referência e contrarreferência ordenados a partir da atenção básica (SOLLA; CHIORO, 2012).

Dentre os centros de especialidade existentes em Santa Catarina, destaca-se Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) – instituição pública pertencente à Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) que atua como referência estadual para a medicina física e reabilitação. Em funcionamento desde 1961 e com sede em Florianópolis, o serviço dispõe de corpo clínico multiprofissional, constituído por cargos de nível técnico (enfermagem e ortesista/protesista) e de nível superior (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos das especialidades medicina física e reabilitação, ortopedista e neurologista, nutricionista, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional) e está estruturado nas áreas de neuroreabilitação adulto, reabilitação pediátrica, reabilitação músculo-esquelética, reabilitação cardiopulmonar; programa de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção e programa de tratamento de espasticidade e distonia com toxina botulínica. Desenvolve ainda outras atividades integradas, como hidroterapia e programa de atividades domiciliares e comunitárias. (SANTA CATARINA, 2012).

No âmbito municipal, o primeiro serviço de média complexidade implantado em Santa Catarina foi o Centro de Fisioterapia e Reabilitação (CEFIR) de Balneário Camboriú. Em funcionamento desde 1991, a unidade conta atualmente com 12 (doze) fisioterapeutas e tem como objetivo promover atendimento nas áreas de traumatologia-ortopedia, neurofuncional, respiratória e acupuntura (BALNEÁRIO CAMBORIÚ, 2012).

Na área educacional, 16 (dezesesseis) instituições de ensino superior oferecem o curso de graduação em fisioterapia, sendo o primeiro curso implantado em 1986 na Associação Catarinense de Ensino (ACE), através da Faculdade de Ciências da Saúde de Joinville (CREFITO 10, 2012).

As estatísticas profissionais de fisioterapia podem ser encontradas na base de dados do CREFITO-10 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região). O refinamento permite identificar quais municípios apresentam maior concentração de profissionais e de estabelecimentos no Estado. Florianópolis aparece na primeira colocação com 1.464 (um mil quatrocentos e sessenta e quatro) fisioterapeutas, 125 (cento e vinte e cinco) consultórios e 170 (cento e setenta) registros de empresas. Em segundo está Joinville com 622 (seiscentos e vinte e dois) fisioterapeutas, 27 (vinte e sete) consultórios e 90 (noventa) empresas cadastradas. Em terceiro lugar está Blumenau com 409 (quatrocentos e nove) profissionais, 49 (quarenta e nove) consultórios e 64 (sessenta e quatro) empresas. Atualmente estão cadastrados nesta base 6.471 (seis mil quatrocentos e setenta e um) fisioterapeutas, 642 (seiscentos e quarenta e dois) consultórios e 1.401 (um mil quatrocentos e uma) empresas em todo o Estado de Santa Catarina (CREFITO 10, 2012).

A maior concentração de profissionais na capital e em cidades com importante desenvolvimento regional pode ser explicada pelo tamanho e localização destes municípios que comportam maior variedade de serviços de saúde, oportunizando melhores espaços no mercado de trabalho. Pode-se ainda ressaltar que estes municípios abrigam importantes universidades com ensino de fisioterapia, sendo a UDESC (Universidade do Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina) em Florianópolis, ACE (Associação Catarinense de Ensino) em Joinville e a FURB (Fundação Universidade Regional de Blumenau), fato que contribui para a migração de estudantes para estas cidades durante o curso e sua permanência após a conclusão, justamente pelas oportunidades de inserção no mercado de trabalho e também pela proximidade com as universidades na possibilidade de constante atualização e capacitação (VIANA, 2005).

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O termo avaliação remete ao sentido de controle, punição, atribuição de um juízo de valor em relação a alguém ou alguma coisa sem o compromisso com fundamento ou com método específico. Todavia, este conceito adquire outro significado quando se trata de intervenções sociais (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO,2010).

De acordo com Tanaka e Melo (2001), avaliação é a emissão de um juízo de valor tendo como base critérios previamente definidos. Na perspectiva de Contandriopoulos *et al.* (1997), avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Para estes autores, as metodologias utilizadas podem ser a avaliação normativa, que resulta da aplicação de normas, ou a pesquisa avaliativa que consiste num procedimento científico para emissão de juízo de valor.

Desta forma, a avaliação passa a ser compreendida como um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade cuja aplicabilidade pode se dar em qualquer ramo de atividade profissional ou tipo de serviço (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 (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Na esfera federal, o processo de construção de uma política nacional de monitoramento e avaliação teve início com a Avaliação para a Atenção Básica no ano de 2003. Desde então, o Ministério da Saúde vem encomendando uma série de estudos nessa perspectiva, não só pela exigência de financiamentos externos, mas pela crescente consciência de responsabilização no uso racional dos recursos públicos (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Ao mesmo tempo em que muito se fala em avaliação, parece haver alguma dificuldade para que as organizações incorporem esta prática cotidiana (CALVO; HENRIQUE, 2006). Nesta direção é que a institucionalização da avaliação tem como *“ponto de partida a concepção da avaliação enquanto um processo crítico-reflexivo permanente que deve ser desenvolvido em co-responsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde”* (BRASIL, 2006, p.04), constituindo-se numa 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 (TANAKA; MELO, 2001; BRASIL, 2005).

A preocupação com a qualidade da assistência à saúde tem constituído tema de interesse desde o início do século XX (ROSSO; SILVA, 2006). O processo de trabalho em saúde passou por profundas transformações a partir da consolidação do capitalismo como prática econômica advinda do processo de industrialização e das formulações de Taylor, que influenciaram, além do trabalho industrial, os serviços de educação, segurança pública e saúde. Suas contribuições surgem para aumentar a produtividade, mediante registros sobre o tempo de execução das tarefas, quantidade de trabalho desempenhado e a reorganização do ambiente de trabalho, favorecendo a mecanização da produção (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O século XX caracterizou-se por um período de confiança na ciência e na atividade humana evidenciada pelas descobertas bacteriológicas realizadas por Pasteur (CAMPOS; AGUIAR, 2002). O contexto positivo da ciência articula-se com a educação médica no ano de 1910, quando o Relatório Flexner foi publicado nos Estados Unidos. Este documento influenciou fortemente a formação e a prática profissional, trazendo um primeiro contato com a qualidade da assistência médica nos serviços hospitalares e no ensino

médico daquela época (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O marco para a qualidade dos serviços de saúde ocorreu em 1951 com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que passou a se chamar *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) no ano de 1988. Esta comissão desenvolveu indicadores de desempenho ajustados à clínica e também ao desempenho institucional e vem publicando documentos normativos, padronizações e recomendações para a qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

No Canadá e na Europa, o movimento pela qualidade ocorreu entre as décadas de 1970 e 1980 através de medidas destinadas à qualidade da assistência hospitalar, além de incorporar a qualidade para os aspectos éticos, profissionais e de competitividade entre instituições (ADAMI, 2000). Este movimento ganhou forma anos mais tarde no Brasil, a luta pela democratização do país e pela redefinição das prioridades de saúde pública serviu como pano de fundo para as instituições públicas e privadas, que a partir da década de 1990 começam a desenvolver estratégias com vistas à garantia da qualidade dos serviços ofertados à população (ADAMI; 1995; CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001).

No Ministério da Saúde diversas ações tem sido desenvolvidas com o objetivo de atender às expectativas e necessidades dos usuários do SUS, com destaque o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004) e mais recentemente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2012) (COLUSSI, 2010; BRASIL, 2012). O PMAQ tem como finalidade garantir um padrão de qualidade que possa ser comparado nos níveis nacional, regional e local, com vistas à maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica (BRASIL, 2012).

A literatura consultada permitiu observar que o conceito de qualidade é polissêmico, relativo e complexo,

como pode ser identificado nas palavras de Hartz (1997): "*independentemente da abordagem para avaliação da qualidade, o ponto crítico está em transformar o conceito de qualidade em representações concretas, ou seja, seleção de critérios, indicadores ou padrões válidos*" e sua análise deve considerar as complexidades do sistema de saúde e os diferentes pontos de vista dos sujeitos envolvidos no cuidado, como gestores, usuários, profissionais e prestadores de serviço (FRIAS *et al.*, 2010).

Através desta consulta, identificou-se que qualidade pode ser definida como: ausência de defeitos, agir em conformidade com as exigências e expectativas do cliente, fazer certo desde a primeira vez (ADAMI; MARANHÃO, 1995); todas as propriedades e características de um serviço ou produto capaz de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS; 1996); qualidade de um serviço que resulta para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A abordagem clássica para avaliação da qualidade em saúde foi proposta por Avedis Donabedian, em duas principais vertentes: o modelo sistêmico e pilares da qualidade. O modelo sistêmico, abordagem utilizada neste estudo para avaliar a qualidade dos serviços de fisioterapia, ficou conhecida como a tríade estrutura-processo-resultado (FRIAS *et al.*, 2010). Donabedian era médico pediatra e dedicou-se a estudar e publicar estes indicadores adaptados à assistência hospitalar (CALVO; HENRIQUE, 2006; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

De acordo com o pensamento deste autor, a avaliação da estrutura analisa a disponibilidade de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros para o provimento da assistência à saúde. Neste atributo estão inseridos quantidade, distribuição e qualificação profissional; tamanho da equipe, descrição das instalações, distribuição geográfica dos serviços, manutenção da área física e de equipamentos.

Estudos isolados de avaliação da estrutura são pouco considerados pelo autor, que pontua:

Quando están presentes las características de estructura que se sabe o se cree que tienen un efecto saludable sobre la calidad de la atención, se toman como una prueba indirecta de la calidad. Otras características, que se sabe o se cree que tienen efectos perjudiciales, se toman como prueba de mala calidad. La estructura, por lo tanto, es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación (DONABEDIAN, 1984, p.99).

O atributo processo é considerado o objeto primário da avaliação, servindo como base para o juízo de qualidade da atenção médica. A análise do processo descreve as atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde para a execução do tratamento ofertado ao paciente, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica. Também faz parte desta dimensão os aspectos éticos envolvidos na relação profissional/paciente e suas conseqüências para o bem-estar físico dos indivíduos e da sociedade, que nas palavras do autor:

Estas normas surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas, en general, y entre los profesionales de la salud y sus pacientes, en particular. Por su

propia naturaleza estas normas se consideran buenas em sí mismas, pero pueden también verse, em su conjunto, como contribuyentes al bienestar individual y colectivo (DONABEDIAN, 1984, p. 96).

A avaliação dos resultados descreve o impacto da assistência prestada sobre a situação de saúde, quais foram as mudanças ocorridas no estado de saúde a partir da atuação médica, quais as transformações ocorridas no comportamento e no conhecimento do paciente. Estão também incluídas nesta análise a satisfação do usuário e a satisfação do trabalhador (DONABEDIAN, 1984).

A influência de Donabedian é tão presente nesta temática que também é de sua autoria outro paradigma muito presente em avaliação, a segunda vertente que aborda os sete pilares da qualidade da assistência à saúde, sendo estes atributos: 1) Eficiência: relação entre os produtos gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados;

2) Eficácia: grau de alcance das metas programadas em determinado período de tempo;

3) Efetividade: relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados);

4) Otimização: minimização dos custos utilizados na concepção de uma atividade sem comprometer os padrões de qualidade;

5) Aceitabilidade: adaptação à atenção em saúde mediante acesso, desejos, expectativas e valores do cidadão;

6) Legitimidade: aceitabilidade da atenção à saúde pela sociedade;

7) Equidade: justiça na distribuição da atenção à saúde, legitimada pela sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Neste 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. Ao mesmo tempo, a avaliação sistemática desses fatores também tem a influência subjetiva, como a satisfação do usuário (SILVA, 2010).

Carvacho *et al.* (2008) apontam que a assistência eficiente é aquela que garante o acesso da população a serviços de saúde. A prática diária do sistema de saúde brasileiro apresenta uma série de dificuldades que obstaculizam este acesso: longas filas para o atendimento, falta de profissionais, tempo grande de espera para início do tratamento. Para o autor:

A oferta e uso do serviço de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades e dificuldades de seu acesso pelos usuários. O ideal é que o serviço seja prestado no momento em que o paciente sente necessidade, pois há vezes em que a história da patologia associada ao longo tempo para início do tratamento ou intervenção pode acarretar conseqüências desastrosas e, até mesmo, irreversíveis ao bem-estar físico do usuário (Silva, 2010, p.147).

Também foram encontradas pesquisas de satisfação do usuário como forma de dimensionar a qualidade da saúde. A satisfação envolve dimensões que passam pela relação médico-paciente, pela qualidade das instalações e equipamentos, pela estrutura física, acolhimento entre outros (VAITSMAN; ANDRADE, 2005), e alguns estudos destacam que a avaliação dos serviços públicos feita unicamente a partir da percepção dos usuários pode trazer um

resultado parcial, já que o sentimento de gratidão dificulta uma visão mais crítica do processo (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Os pacientes evitam criticar o serviço pela insegurança de ter o acesso comprometido ou para evitar desgaste na sua relação com o profissional. Assim, mesmo com problemas de estrutura física, de equipamentos e sofrer com a falta de profissionais, os usuários das instituições públicas sentem-se satisfeitos simplesmente por conseguir atendimento (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

O movimento pela qualidade da assistência deve ter como finalidade a contínua melhoria da prestação dos serviços oferecidos à população, tal condição pode ser efetivada com a adoção de um sistema contínuo e sistematizado de avaliação dos serviços de saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO., 2010).

2.2.1 A avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia

Para conhecer com mais detalhes o panorama da avaliação de serviços e da avaliação da qualidade dos serviços de fisioterapia, realizou-se uma busca literária durante o mês de janeiro de 2013 nas bases de dados com acesso eletrônico do Lilacs, Medline e Scielo, utilizando os seguintes descritores: “avaliação”, “avaliação de desempenho”, “avaliação da qualidade dos cuidados em saúde”, “qualidade da assistência à saúde”, “avaliação dos serviços” e “indicadores de qualidade” todos estes acrescidos de “fisioterapia”, sem restrição de data de publicação.

A Tabela 1 demonstra o quantitativo destas publicações em cada uma das bases de dados pesquisadas.

Tabela 1: Tabela demonstrando a relação quantitativa de publicações nas bases pesquisadas com seus respectivos descritores.

DESCRITORES	Lilacs	Medline	SciELO
avaliacao, fisioterapia	546	3.670	91
avaliacao de desempenho, fisioterapia	35	112	2
avaliacao da qualidade dos cuidados em saude, fisioterapia	7	43	-
qualidade da assistencia a saude, fisioterapia	-	281	-
avaliacao dos servicos, fisioterapia	7	65	2
indicadores de qualidade, fisioterapia	7	36	-

Fonte: autora do estudo.

A pesquisa nas bases de dados resultou na seleção de artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Num primeiro momento foram identificados os estudos que apresentavam o descritor “avaliação” no título, nas palavras-chaves ou assunto e também aqueles em que o verbo “avaliar” estivesse presente nos objetivos ou metodologia. A partir de então os artigos foram classificados conforme a natureza do objeto avaliado, sendo estas: avaliação clínica, avaliação de instrumentos, avaliação do serviço ou da assistência fisioterápica, avaliação no ensino de fisioterapia, avaliação da satisfação do usuário e avaliação de sistemas de gerenciamento de bases de dados. Por fim, os artigos que versavam sobre avaliação do serviço ou da assistência fisioterápica foram analisados integralmente.

Esta pesquisa resultou em 274 (duzentos e setenta e quatro) estudos a partir dos descritores utilizados. Deste total 215 (duzentos e quinze) trabalhos foram classificados como avaliação clínica, 28 (vinte e oito) voltados à avaliação de instrumentos, 14 (quatorze) direcionados para avaliação do serviço ou da assistência fisioterápica, 6 (seis) estudos

voltados para avaliação no ensino de fisioterapia, 6 (seis) relacionados com avaliação da satisfação do usuário e 5 (cinco) para avaliação de sistemas de gerenciamento de bases de dados. Como resultados, identificou-se que a maior parte dos estudos, 78,5% estava concentrada em “avaliação do alinhamento postural”, “avaliação da amplitude articular”, “avaliação da capacidade pulmonar”, “avaliação da coordenação e destreza motora”, “avaliação da qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária”, “avaliação da dor” – dentre outros voltados diretamente ao saber-fazer da fisioterapia. Dos 14 (quatorze) artigos direcionados para avaliação do serviço ou da assistência fisioterápica, foram selecionados 5 (cinco) devido sua proximidade com o objeto deste estudo. No Quadro 1 encontra-se a relação destes estudos, com informações sobre os autores, ano de publicação, objeto de avaliação, abordagem e natureza dos dados.

Quadro 1: Estudos de avaliação do serviço ou da assistência fisioterápica.

Autores	Ano	Objeto de avaliação	Abordagem	Natureza dos dados
Evans <i>et al.</i>	2001	Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde	Qualitativa	Primários
Martínez <i>et al.</i>	2003	Avaliação de serviços de saúde	Quantitativa	Primários
Vargas <i>et al.</i>	2005	Avaliação de serviços de saúde	Quantitativa	Primários
Mazer <i>et al.</i>	2006	Avaliação de serviços de saúde	Quantitativa	Primários
Wedge <i>et al.</i>	2012	Avaliação de resultados	Qualitativa	Primários

Fonte: autora do estudo.

Para os demais estudos foi identificada como possível tradução de qualidade dos serviços de fisioterapia, a avaliação da satisfação do usuário. Alguns estudos de satisfação com o serviço de fisioterapia – ambulatorial, especializado, público ou credenciado – caracterizaram o perfil sócio-demográfico e/ou epidemiológico dos usuários e sua satisfação em relação aos serviços recebidos em diferentes municípios e estados brasileiros (MACHADO; NOGUEIRA, 2008; SILVA, 2010; COUTINHO *et al.*, 2011; FRÉZ; NOBRE, 2011)

Outros estudos buscaram identificar quais os aspectos relacionados com a satisfação do paciente geriátrico com o tratamento de fisioterapia ambulatorial em clínicas privadas (DIÓGENES; MENDONÇA; GUERRA, 2009) ou as principais queixas e doenças em pacientes idosos examinadas durante aulas práticas de Fisioterapia em Geriatria (LOTH; BERTOLINI, 2005). Figueiredo *et al.* (2008) identificaram o perfil de mulheres com incontinência urinária em relação a características sociodemográficas e clínicas, atendidas pelo serviço público de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados foram obtidos através dos prontuários e fichas de avaliação das participantes, observando-se: idade, estado civil, grau de instrução, tipo de incontinência, fatores de risco, sinais e sintomas, função perineal e qualidade de vida.

Os autores Mendonça e Guerra (2007) desenvolveram e validaram um instrumento para medir a satisfação dos pacientes com o tratamento de fisioterapia, utilizando perfil sócio-demográfico, diagnóstico clínico por especialidade médica, acesso aos serviços de fisioterapia e relação fisioterapeuta/paciente. Destaca-se que o instrumento deste estudo tem sido amplamente utilizado na investigação de satisfação dos usuários com o serviço de fisioterapia de âmbito nacional.

Entretanto, o estudo que mais se aproximou do conceito de avaliação da qualidade dos serviços foi de Martinez *et al.* (2003) realizado na cidade de Bogotá. Trata-se

de estudo descritivo e exploratório da qualidade dos serviços de apoio terapêutico (nutrição e dietética, fonoaudiologia, terapia respiratória e fisioterapia) em hospitais daquela cidade. As categorias observadas para avaliar a qualidade foram: contexto, demanda, oferta, processo, resultados e satisfação dos usuários. Os autores detalharam os indicadores utilizados para cada uma das dimensões, que constituiu importante subsídio na construção dos indicadores deste estudo.

A partir da aproximação com os estudos publicados na área de fisioterapia, tendo como enfoque a qualidade do serviço e da assistência, foi possível identificar que a satisfação do usuário é considerada um importante componente da qualidade do cuidado (SILVA, 2010). Para Mendonça e Guerra (2007), a fisioterapia apresenta características que podem influenciar a satisfação do paciente. Por exemplo, a intervenção com o usuário ocorre em tempo mais prolongado, os atendimentos são realizados mais de uma vez na semana, a terapia muitas vezes necessita da participação ativa do paciente, além do contato físico. Todas estas características favorecem maior interação e poderiam justificar a avaliação da assistência através do olhar do usuário.

Dos estudos analisados, cabe destaque o fato de serem somente descritivos, focalizados em algum aspecto específico da prática ou centrado na percepção de profissional e/ou usuário. Não foi identificado algum estudo compatível com a proposta de Donabedian (1992), onde a avaliação da qualidade seja analisada com a seleção de indicadores representativos das três abordagens (estrutura-processo-resultado), buscando superar insuficiências que poderiam limitar modificações necessárias para a melhoria da qualidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO E TIPO DE PESQUISA

Este estudo teve como propósito estruturar e aplicar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços públicos de Fisioterapia no Estado de Santa Catarina.

Com a finalidade de melhorar a programação e o planejamento das ações e serviços, a atenção à saúde no SUS está organizada em três níveis de atenção: atenção básica ou primária, a média complexidade e a alta complexidade (BRASIL, 2009).

A fisioterapia neste contexto tem inserção na atenção primária atuando nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na média complexidade estão 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. Por fim, na alta complexidade está a assistência ambulatorial e hospitalar que envolve altos custos e tecnologia, como: assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, assistência em traumato-ortopedia, avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, entre outros (BRASIL, 2011).

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.

A proposta apresentada é de pesquisa avaliativa, que se propõe ao desenvolvimento e aplicação do modelo de avaliação, e a análise dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial de Fisioterapia, próprios e credenciados ao SUS, em Santa Catarina. De acordo com

Contandriopoulos *et al.* (1997), a pesquisa avaliativa se propõe a examinar através de um procedimento científico as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção.

O universo de análise foi composto pelos serviços inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em Santa Catarina em fevereiro de 2013. Como ponto de partida, optou-se por um estudo de campo de caráter descritivo e exploratório, através de dados secundários, que subsidiou a identificação e caracterização destes serviços.

Esta etapa foi realizada através da consulta à base de dados secundários do CNES com suporte da Gerência de Programação em Saúde e a produção dos serviços cadastrados junto ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) com apoio da Gerência de Programação em Saúde e da Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência, ambas da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC). A identificação e caracterização dos serviços observou os seguintes itens:

1. código do serviço no CNES,
2. município de localização do serviço,
3. esfera (municipal ou privada, sendo que a esfera “municipal” no CNES se refere aos serviços próprios e a esfera “privada” se refere aos serviços credenciados ao SUS),
4. nome fantasia do serviço,
5. razão social do serviço,
6. telefone do serviço,
7. fluxo de clientela,
8. turno de atendimento,
9. quantidade de profissionais por especialidade da fisioterapia,
10. quantidade dos equipamentos (ultra-som, eletroestimulação e forno de Bier – sendo estas as variedades de equipamentos disponibilizadas para o cadastro junto ao CNES),

11. produção no SIA/SUS durante o período de janeiro/2012 a janeiro/2013.

Os dados obtidos originaram um banco de dados no programa Microsoft Excel 2007 para facilitar a visualização, manipulação e análise dos dados.

3.2 MODELO TEÓRICO-LÓGICO

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

Os pressupostos que orientam o modelo definem que:

a) O cuidado com a saúde no SUS envolve ações de promoção, proteção, reabilitação e ações de tratamento às doenças e estão organizadas nos níveis de atenção básica ou primária, média e alta complexidades. Estes níveis articulam-se em rede respeitando os princípios da regionalização e hierarquização com diretriz para a descentralização (BRASIL, 2011). Ou seja, de acordo com a Constituição Federal, sempre que possível os serviços de saúde devem ser municipalizados (BRASIL, 1988);

b) A média complexidade é um nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação (BRASIL, 2011);

c) A prestação destas ações e serviços aos usuários do SUS pode ser feita por serviços municipais próprios ou por meio de credenciamento com a iniciativa privada. Nesta esfera se enquadram

as entidades filantrópicas através de convênios ou as entidades lucrativas através do contrato de prestação de serviços (BRASIL, 2011);

d) De acordo com Donabedian (1984), a maneira mais adequada para avaliar a qualidade de um serviço estaria na seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, processo e resultados, pois isoladamente são consideradas insuficientes.

O modelo teórico-lógico da qualidade do serviço de fisioterapia de média complexidade foi desenvolvido a partir da revisão dos estudos de qualidade e avaliação em fisioterapia, e aperfeiçoado em discussões com professores e alunos de disciplinas específicas para desenvolvimento de modelos de avaliação.

Para inserir os aspectos teóricos da avaliação em saúde e avaliação da qualidade em saúde, foi utilizada uma adaptação da tríade estrutura-processo-resultado: a dimensão estrutura foi sintetizada em “organização da estrutura”; o processo passou a ser “organização do trabalho”; e resultado foi ajustado para “satisfação do usuário. Essas adaptações decorreram das dificuldades em identificar indicadores clássicos representativos das três dimensões previstas na tríade.

Como descrito anteriormente, no território de um município podem estar localizados serviços dos três níveis de atenção, sendo interesse deste estudo os serviços de média complexidade em fisioterapia. Tais serviços podem ser acessados por convênios ou por pagamento direto, mas são objeto desta avaliação os serviços vinculados ao Sistema Público de Saúde, sejam eles próprios ou conveniados ao SUS (Figura 2).

Figura 2: Modelo Teórico-Lógico dos Serviços Públicos de Fisioterapia



Fonte: autora do estudo.

Para orientar o desenvolvimento de um estudo de avaliação faz-se necessário construir uma matriz avaliativa que contemple critério, dimensões, indicadores, medidas e parâmetros (MEDINA *et al.*, 2005). O modelo teórico-lógico desenvolvido orientou as reflexões e discussões para construção da matriz avaliativa e dos instrumentos para coleta de dados.

No Quadro 2 segue uma síntese da matriz avaliativa, a matriz completa encontra-se no Apêndice G.

Quadro 2: Síntese da matriz avaliativa da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia.

SÍNTESE DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA	
DIMENSÃO - ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA	
Indicador	Subdimensão Acessibilidade
Área externa	<u>Medida:</u> segurança da área externa
Área interna	<u>Medida:</u> segurança da área interna
Acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência	<u>Medida:</u> ambiente acessível às pessoas portadoras de deficiência
Indicador	Subdimensão Recursos Humanos
Equipe	<u>Medida:</u> suficiência de fisioterapeutas para atendimento da demanda do SUS atuando no Centro Especializado de Fisioterapia
Qualificação	<u>Medida:</u> percentual de fisioterapeutas com pós-graduação concluída atuando no Centro Especializado de Fisioterapia
Educação permanente	<u>Medida:</u> ações de atualização, capacitação e educação permanente para fisioterapeutas nos últimos 12 meses
Garantias trabalhistas	<u>Medida:</u> existência de garantias trabalhistas aos fisioterapeutas
Indicador	Subdimensão Infra Estrutura
Equipamentos e materiais	<u>Medida:</u> suficiência de materiais, equipamentos e insumos em quantidade e variedade adequados às necessidades do fisioterapeuta
Tecnologia da informação	<u>Medida:</u> existência de computador com acesso à internet para uso dos profissionais
Ambiente	<u>Medida:</u> adequação do ambiente
Área física	<u>Medida:</u> adequação da área física
Indicador	Subdimensão Sinalização
Externa	<u>Medida:</u> existência de sinalização externa adequada
Interna	<u>Medida:</u> existência de sinalização interna adequada
Profissionais	<u>Medida:</u> existência de adequada identificação dos fisioterapeutas
DIMENSÃO - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	

Indicador	Subdimensão Ações de Suporte
Planejamento	<u>Medida:</u> realização de planejamento nos últimos 12 meses
Reunião de equipe	<u>Medida:</u> realização de reunião de equipe
Pesquisa de satisfação do usuário	<u>Medida:</u> pesquisa de satisfação do usuário
Ouvidoria	<u>Medida:</u> percentual de usuários que sabem da existência do telefone da ouvidoria ou central de reclamações
Organização dos prontuários	<u>Medida:</u> existência de organização dos prontuários
Indicador	Subdimensão Condições para Atendimento
Agendamento	<u>Medida:</u> Percentual de agilidade no agendamento das consultas de fisioterapia
Acolhimento	<u>Medida:</u> percentual de orientações adequadas às necessidades dos usuários
Indicador	Subdimensão Atuação Profissional
Atendimento	<u>Medida:</u> existência de adequação da assistência fisioterápica
Coordenação do cuidado	<u>Medida:</u> existência de ações que garantem à coordenação do cuidado
Encaminhamento	<u>Medida:</u> responsabilidade pelo encaminhando do paciente para outros níveis de atenção
Educação em saúde	<u>Medida:</u> oferta de ações de educação em saúde
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	
Horário atende às necessidades	<u>Medida:</u> percentual de adequação do horário de atendimento de fisioterapia às necessidades do usuário
Respeito da equipe	<u>Medida:</u> percentual de usuários que se sentem respeitados pelos profissionais que atuam no serviço em relação aos hábitos culturais, costumes e religião
Sugestões adequadas à realidade	<u>Medida:</u> percentual de usuários que recebem do fisioterapeuta orientações/sugestões adequadas à sua realidade
Explicação sobre atendimento	<u>Medida:</u> Percentual de usuários que receberam explicação sobre a forma de

	prestação do atendimento de fisioterapia
Confiança no atendimento	<u>Medida:</u> percentual de usuários que tem confiança no atendimento prestado pelo fisioterapeuta
Resultados alcançados	<u>Medida:</u> percentual de usuários que consideram que os resultados estão sendo alcançados com a fisioterapia
Materiais e equipamentos	<u>Medida:</u> percentual de não falta de materiais ou equipamentos
Condição das instalações	<u>Medida:</u> percentual de adequação das condições de uso e limpeza
Cuidado recebido pelo fisioterapeuta	<u>Medida:</u> percentual de adequação do cuidado recebido pelo fisioterapeuta
Nível de satisfação	<u>Medida:</u> percentual de satisfação do usuário com o cuidado recebido pela equipe

Fonte: autora do estudo.

3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados foram construídos e direcionados aos coordenadores dos centros especializados de fisioterapia (apêndice D), aos fisioterapeutas trabalhadores destes locais (apêndice E), aos usuários dos serviços (apêndice F) e à observação direta pela pesquisadora da estrutura física (apêndice C).

Nos instrumentos dos coordenadores e fisioterapeutas estavam contempladas as dimensões de organização da estrutura e do trabalho, para os usuários foram estrutura física e satisfação e, o instrumento de observação voltou-se para a dimensão de estrutura.

No primeiro momento foram selecionadas todas as perguntas dos módulos I e II PMAQ-AB realizado no ano de 2012 que, adaptadas à fisioterapia de média complexidade ambulatorial, eram compatíveis para organização de estrutura física e do trabalho. Este mesmo procedimento foi adotado para as perguntas de satisfação, utilizando o módulo III do PMAQ-AB e o instrumento de Machado e Nogueira (2008)

para avaliar a satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia.

O segundo passo foi submeter os instrumentos a uma validação perante “Consulta aos *Experts*” por meio de oficina com profissionais não exclusivamente fisioterapeutas, mas que apresentavam abrangente conhecimento teórico, experiência prática e inserção na área da Saúde Coletiva, especialmente nos eixos de avaliação em saúde e avaliação de serviços de saúde. Aos *experts* foi solicitado que avaliassem os instrumentos quanto à pertinência das perguntas e sua forma de abordagem, necessidade de inclusão ou exclusão de algum item e pactuação quanto à forma de aplicação de cada instrumento (estruturado ou semi-estruturado).

A “Consulta aos *Experts*” resultou na seguinte reestruturação dos instrumentos de pesquisa:

- observação: instrumento estruturado com a dimensão organização da estrutura (Apêndice C);
- coordenador: instrumento semi-estruturado com as dimensões organização da estrutura e organização do trabalho, sugestão de gravação em áudio da entrevista para posterior transcrição dos itens relativos à matriz de avaliação (Apêndice D);
- fisioterapeuta: instrumento semi-estruturado com as dimensões organização da estrutura e organização do trabalho, sugestão de gravação em áudio da entrevista para posterior transcrição dos itens relativos à matriz de avaliação (Apêndice E);
- usuário: instrumento estruturado com as dimensões organização da estrutura e satisfação (Apêndice F), aplicado dentro do Centro Especializado de Fisioterapia.

3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA

Com a construção do Modelo Teórico-Lógico e dos instrumentos de avaliação, a última etapa foi aplicação do

modelo para avaliação da qualidade nos serviços públicos de fisioterapia em Santa Catarina.

Considerando que a avaliação de serviços não é uma tradição na fisioterapia, que a avaliação da qualidade em fisioterapia é atribuída à satisfação do usuário e que as bases de dados secundárias do CNES e SIA têm atualização incipiente por estes serviços, houve direcionamento para a realização de um estudo em profundidade na tipologia estudo de caso com amostra intencional.

Nesta etapa foi resgatado o banco de dados com identificação e caracterização dos serviços de fisioterapia em Santa Catarina (item 3.1) para o cruzamento das informações do CNES com o SIA e seleção dos “melhores serviços” para a constituírem os "casos" de aplicação do modelo de avaliação. Considerou-se como “melhores” os serviços que apresentaram a melhor combinação entre maior quantitativo de produção no SIA durante o período compreendido entre janeiro/2012 e janeiro/2013 e a maior quantidade de profissionais cadastrados no CNES até fevereiro de 2013.

Foram excluídos os serviços que apresentassem pelo menos um mês com produção zerada e/ou sem registro de produção na base de dados (46 serviços municipais próprios e 33 serviços credenciados) e menos de dois anos de prestação de assistência fisioterápica. Os critérios de exclusão foram definidos nas oficinas de consenso pelo entendimento de que dois anos é o período mínimo necessário para a organização da rotina e processo de trabalho de um serviço. Os *experts* também concordaram na realização de uma pesquisa piloto para a identificação dos aspectos a serem corrigidos no instrumento e na aplicação pela pesquisadora.

Foram selecionados os quatro “melhores” serviços públicos de fisioterapia (dois próprios e dois credenciados ao SUS) para serem avaliados através de uma Semana Típica – que consiste no estudo de um objeto por vivência direta da realidade. O Centro Catarinense de Reabilitação foi incluído nesta avaliação por se tratar de uma instituição pública estadual, configurando-se como maior serviço de média e alta

complexidade ambulatorial de Santa Catarina, dispoendo de equipe multiprofissional e atuando na rede de assistência à saúde como referência estadual nesta modalidade (SANTA CATARINA, 2012).

O contato com os responsáveis por estes serviços foi intermediado pela Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência da SES/SC com envio de ofício-convite para participação no estudo. Com o aceite de participação, a pesquisadora fez contato telefônico e/ou visita presencial aos serviços elencados para detalhamento do processo da coleta de dados e agendamento da Semana Típica.

Os materiais, equipamentos e instrumentos originaram o Roteiro para a Semana Típica, constituído por:

- instrumento estruturado para observação da estrutura física em material impresso aplicado pela pesquisadora;
- instrumento semi-estruturado para entrevista com o coordenador em material impresso e gravação do áudio da entrevista, com prévio consentimento/autorização por escrito do mesmo;
- instrumento semi-estruturado para entrevista com o fisioterapeuta em material impresso e gravação do áudio da entrevista, com prévio consentimento/autorização por escrito do mesmo;
- instrumento estruturado para entrevista com o usuário aplicado pela pesquisadora através do programa Epidata Entry 3.1, havendo material impresso para caso de necessidade;
- diário de campo para anotações feitas pela pesquisadora a respeito da rotina de cada serviço avaliado durante a Semana Típica;
- transcrição das entrevistas autorizadas por coordenadores e fisioterapeutas no programa Microsoft Office Word 2007.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados durante a semana típica foram tabulados e analisados em planilhas do Microsoft Office Excel 2007. Os resultados obtidos com as medidas foram comparados com documentos oficiais (portarias, resoluções, políticas nacionais e outras normativas) e os dados de satisfação dos usuários foram analisados por quartil, para então emitir o juízo de valor sobre a qualidade dos serviços públicos de fisioterapia avaliados.

Para compor a matriz de julgamento foram utilizados os ajuizamentos “adequado”, “regular” e “pouco adequado”, de acordo com os seguintes parâmetros:

- Para ser considerado ADEQUADO, o indicador não poderia ter nenhuma medida ajuizada como “pouco adequada” e apresentar resultado adequado em 50% ou mais de suas medidas;
- Para ser considerado POUCO ADEQUADO, o indicador teria que apresentar 50% ou mais de suas medidas ajuizadas como “pouco adequado”;
- Para ser REGULAR, foram consideradas as demais possibilidades de ajuizamento.

Com os indicadores devidamente ajuizados, estes foram agrupados por subdimensão e novamente ajuizados. Por fim, as subdimensões foram agrupadas e ajuizadas para extrair a avaliação de cada dimensão. Todas as medidas, indicadores e as três dimensões avaliativas (organização da estrutura, organização do trabalho e satisfação dos usuários) apresentaram igual importância, sem atribuição de pesos diferenciados.

3.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Este estudo obedeceu a todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC e aprovado pela mesma através do parecer número 216.374 (Anexo 1).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina estabelecem que o documento final para a obtenção do título de mestre apresente, no capítulo dos resultados, um artigo científico formatado para submissão em uma revista especializada na área.

Para esta dissertação houve o desenvolvimento de dois produtos. Um primeiro artigo, formatado para Revista da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina que descreve a distribuição dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial (próprios e credenciados) ofertados pelo SUS em Santa Catarina. O segundo artigo atende às normas da revista Ciência & Saúde Coletiva e apresenta os resultados obtidos com a construção e aplicação do modelo de avaliação da qualidade nos serviços públicos de fisioterapia em Santa Catarina.

4.1 Artigo 1 - Revista da Escola de Saúde
Pública de Santa Catarina

Serviços públicos de média complexidade ambulatorial
em fisioterapia vinculados ao SUS em Santa Catarina

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros¹
Maria Cristina Marino Calvo²

¹ Fisioterapeuta, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, gabriella-medeiros@uol.com.br

² Professora Associada do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, cristina.calvo@ufsc.br

Serviços públicos de média complexidade ambulatorial em fisioterapia vinculados ao SUS em Santa Catarina

RESUMO

Este estudo objetivou descrever a distribuição dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial (próprios e credenciados) ofertados pelo SUS em Santa Catarina através de estudo descritivo exploratório utilizando dados secundários do CNES (serviços cadastrados até fevereiro/2013) e do SIA (produção ambulatorial de janeiro/2012 a janeiro/2013). As variáveis investigadas foram: município e região de localização do serviço; nível de complexidade; tipo de unidade de saúde na qual o serviço se localiza; tempo de prestação de serviços de fisioterapia ao SUS; número de fisioterapeutas cadastrados; especialidades atendidas; quantidade de procedimentos ambulatoriais. Para análise de cobertura verificou-se a população total estimada para 2012. Até fevereiro de 2013 estavam estruturados 289 serviços públicos de fisioterapia (151 próprios e 138 credenciados) com volume de 1.470.706 de procedimentos realizados. Os resultados indicam que 52% destes serviços são próprios, a quantidade de profissionais e de estabelecimentos é semelhante entre serviços próprios e credenciados, contudo, a quantidade de procedimentos é quatro vezes maior entre os credenciados. Pontua-se incipiente registro de informações específicas para a fisioterapia nestas bases, demonstrada pela irregularidade dos registros, subnotificação dos dados, campos desatualizados ou sem preenchimento. Espera-se que este estudo possa estimular ações de capacitação para o preenchimento correto dos SIS, bem como sua utilização rotineira pelas equipes de fisioterapia para o planejamento das ações em saúde.

Palavras-chave: fisioterapia.serviços de saúde.sistemas de informação

INTRODUÇÃO

As ações e serviços da média complexidade ambulatorial demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento dos principais problemas de saúde. A fisioterapia está incluída na relação de procedimentos de média complexidade, consolidando-se como uma profissão especializada na reabilitação ortopédica e neurológica (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; BRASIL, 2011).

A utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) tem sido relatada na literatura como importante meio para o desenvolvimento de pesquisa, para o planejamento em saúde e para exercício do controle social (BAZZO, 2007; MENDONÇA e MADACAR, 2008).

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), o Departamento de Informática do SUS (Data SUS) é responsável pela organização, tratamento e disponibilização dos dados referentes à saúde no país. Abriga em sua plataforma informações relativas à saúde e ao financiamento do sistema relacionadas às estatísticas vitais, indicadores de saúde e transferência financeira para municípios (BRASIL, 2013).

O presente estudo teve como objetivo descrever a distribuição dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial (próprios e credenciados) ofertados pelo SUS em Santa Catarina utilizando os dados disponíveis no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). As informações obtidas neste estudo serviram de subsídio para a seleção de serviços públicos, sendo quatro municipais e um estadual de fisioterapia para aplicação de um modelo de avaliação da qualidade.

METODOLOGIA

Este estudo descritivo exploratório foi realizado por meio de consulta à base de dados secundários do CNES, utilizando como referência os serviços cadastrados até fevereiro de 2013 e, do SIA com o quantitativo produzido no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

As variáveis investigadas foram: município e região de localização do serviço; nível de complexidade do serviço; tipo de unidade de saúde na qual o serviço se localiza; tempo de prestação de serviços de fisioterapia ao SUS; número de fisioterapeutas cadastrados no serviço; tipos de especialidades atendidas; quantidade de procedimentos de fisioterapia registrada no SIA durante um ano. Para permitir análise de cobertura, foi verificada a população total estimada para 2012.

Os serviços de gestão estadual e federal não foram objeto de análise neste estudo, totalizando, portanto 447 serviços de fisioterapia de interesse. Deste conjunto, foram excluídos 24 serviços municipais próprios que prestavam assistência fisioterápica para grupos específicos (mulher, trabalhador, criança, etc.), que possuem finalidade de ensino ou que fazem atendimento não ambulatorial (pronto atendimento, atendimento domiciliar). Outros 56 serviços cadastrados prestavam assistência fisioterápica na atenção básica e também foram excluídos da análise. Dentre os serviços credenciados ao SUS, foram excluídos 78 que prestavam assistência em escola especial, hospitais, associações (apoio às famílias de deficientes físicos, pais e amigos dos excepcionais, pais e amigos dos autistas, desenvolvimento dos portadores de necessidades especiais), rede feminina de combate ao câncer, fundações educacionais, clínicas escola e Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).

A amostra final de análise resultou em 289 serviços públicos de fisioterapia em Santa Catarina, cadastrados como média complexidade ambulatorial no CNES, sendo 151

estabelecimentos municipais próprios e 138 estabelecimentos credenciados ao SUS.

Os dados obtidos com a identificação originaram um banco de dados no programa Microsoft Office Excel que permitiu a visualização, manipulação e análise dos dados.

Este estudo obedeceu os procedimentos éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC e aprovado pela mesma através do parecer número 216.374.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o mês de fevereiro de 2013, estavam cadastrados, na base de dados do CNES/SC, 962 estabelecimentos com serviços de fisioterapia, inseridos nos três níveis de atenção à saúde, sendo 501 de prestação de serviços privados e 461 serviços vinculados ao SUS - objeto deste estudo (Tabela 1), com predominância de estabelecimentos privados (75%). A distribuição dos estabelecimentos de fisioterapia no Brasil acompanha esta tendência, com média de 60% de cadastros do CNES correspondendo a estabelecimentos privados, com participação maior deste setor nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (COSTA *et al.*, 2012).

Tabela 1: Estabelecimentos com serviço de fisioterapia, cadastrados na esfera pública, em Santa Catarina até fevereiro de 2013.

Estabelecimentos com serviço de fisioterapia cadastrados na esfera pública, Santa Catarina, 2013	TOTAL
Estabelecimento federal	01
Estabelecimentos estaduais	13
Estabelecimentos municipais próprios	231
Estabelecimentos credenciados ao SUS	216
TOTAL	461

Fonte: CNES/SC.

O Estado de Santa Catarina é formado por 295 municípios agrupados em 16 Regiões de Saúde. A Região de Saúde se configura como a base territorial estratégica para a regionalização, permitindo o planejamento da atenção em saúde de acordo com as necessidades locais "considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras" (BRASIL, 2002, p.10).

Os contrastes geográficos, socioeconômicos e demográficos interferem na distribuição e no acesso aos serviços de saúde na assistência fisioterápica prestada pelo SUS no Estado (Tabela 2). Observa-se a inexistência de serviço próprio na Serra Catarinense, em contraste com o grande número de serviços credenciados na mesma região. Por outro lado, nas regiões Extremo Oeste e Extremo Sul não existem serviços credenciados.

Tabela 2: Número de serviços (Nº), número de profissionais fisioterapeutas (Fisio) e número de procedimentos registrados no SIA/SUS (Proced) segundo tipo de serviço e região de saúde. Fev 2012 a fev 2013, Santa Catarina.

Região de Saúde	Serviços próprios			Serviços credenciados		
	Nº	Fisio	Proced	Nº	Fisio	Proced
01-Extremo Oeste	5	7	8.127	-	-	-
02-Oeste	3	7	10.820	14	20	62.620
03-Xanxerê	12	18	20.586	6	10	17.057
04-Alto Vale do Itajaí	5	8	6.025	5	7	34.526
05-Foz do Rio Itajaí	9	47	66.509	4	24	162.315
06-Médio Vale do Itajaí	3	7	9.302	13	24	172.724
07-Grande Florianópolis	17	48	52.678	2	4	42.368
08-Meio Oeste	5	10	7.626	5	7	17.310
09-Alto Vale do Rio do Peixe	6	9	7.665	7	15	61.133
10-Alto Uruguai Catarinense	6	14	11.057	5	19	20.084
11-Nordeste	1	6	8.039	9	52	219.066
12-Planalto Norte	9	19	20.057	9	12	50.019
13-Serra Catarinense	-	-	-	10	25	195.631
14-Extremo Sul Catarinense	1	4	13.194	-	-	-
15-Carbonífera	10	18	15.050	10	18	100.817
16-Laguna	12	19	33.782	6	9	24.519
TOTAL	104	241	290.517	105	246	1.180.189

Fonte: autoras do estudo.

Observa-se que a quantidade de profissionais e de estabelecimentos de fisioterapia é semelhante entre os serviços próprios e credenciados, mas a quantidade de procedimentos registrada no SIA é quatro vezes maior nos serviços credenciados.

A cobertura dos serviços ofertados pelo SUS é baixa e desigual, sendo verificada uma média de quase 30 mil habitantes para cada serviço no Estado, sendo essa relação

ainda mais desigual na região Extremo Sul Catarinense, com apenas um serviço para quase 190 mil habitantes. A distribuição dos fisioterapeutas indica uma média de 12,6 mil habitantes para cada um deles, que também fica muito mais elevada na mesma região - quase 50 mil habitantes para um fisioterapeuta (Tabela 3).

Tabela 3: População total e análise da cobertura da média complexidade ambulatorial em fisioterapia no SUS, segundo tipo de serviço e região de saúde. Fev 2012 a fev 2013, Santa Catarina.

Região de Saúde	População	Habitantes por serviço	Habitantes por fisioterapeuta	Procedimentos por mil habitantes
01-Extremo Oeste	224.607	37.435	28.076	0,04
02-Oeste	325.706	19.159	12.063	0,23
03-Xanxerê	190.660	11.215	7.061	0,19
04-Alto Vale do Itajaí	273.479	27.348	18.232	0,15
05-Foz do Rio Itajaí	579.946	44.611	8.168	0,39
06-Médio Vale do Itajaí	686.179	42.886	22.135	0,27
07-Grande Florianópolis	1.041.828	54.833	20.035	0,09
08-Meio Oeste	181.521	18.152	10.678	0,14
09-Alto Vale do Rio do Peixe	277.125	21.317	11.547	0,25
10-Alto Uruguai Catarinense	142.634	12.967	4.322	0,22
11-Nordeste	894.286	89.429	15.419	0,25

12-Planalto Norte	357.565	19.865	11.534	0,20
13-Serra Catarinense	286.089	28.609	11.444	0,68
14-Extremo Sul Catarinense	183.931	183.931	45.983	0,07
15-Carbonífera	397.652	19.883	11.046	0,29
16-Laguna	340.078	18.893	12.146	0,17
TOTAL	6.158.679	29.467	12.646	0,24

Fonte: autoras do estudo.

As piores relações de cobertura são, em geral, encontradas nas regiões mais populosas. Tal situação se aproxima da distribuição de estabelecimentos de fisioterapia no Brasil, revelando nas regiões de menor desenvolvimento econômico a restrita participação do setor privado, com maior participação do setor público em áreas de maior vulnerabilidade social (COSTA *et al.*, 2012). Esta distribuição pode ainda ser explicada pela migração dos graduandos de cidades interioranas para os pólos educacionais no Estado e sua fixação nestas cidades após a conclusão da graduação em fisioterapia, muito possivelmente pela variedade de serviços de saúde que gera maior oportunidade no mercado de trabalho além de serem atraídos pelas possibilidades de atualização e capacitação (Viana, 2005).

A orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 1,5 mil habitantes para cada profissional fisioterapeuta. Existem 6.471 fisioterapeutas cadastrados no Crefito-10, o que estabelece uma relação aproximada de 1000 habitantes para cada fisioterapeuta no Estado. São 1,4 milhão de beneficiários de planos de saúde, levando a crer que 4,8 milhões de pessoas são atendidas pelo SUS. Até fevereiro de 2013 estavam cadastrados na base do CNES 1.349

fisioterapeutas vinculados ao SUS, estabelecendo uma relação de 3,5 mil usuários para cada fisioterapeuta. Evidencia-se a caracterização da atividade como essencialmente privada, uma vez que o pequeno número de profissionais atendendo usuários do SUS não se justifica pela falta de profissionais no mercado, mas pela carência de serviços de fisioterapia no sistema público de saúde.

Os dados de procedimentos indicam grande possibilidade de subnotificação da produção ambulatorial, dificultando a análise dessas informações. Entretanto, há maior quantidade evidente de registros dos serviços credenciados. Tal fato pode ocorrer devido à forte interferência da remuneração que, para compensar os baixos valores pagos por procedimento, elevam a quantidade de atendimentos por turno para garantir o financiamento dos serviços.

Com o universo de análise definido, procedeu-se com a seleção de quatro serviços municipais e um estadual de fisioterapia para aplicação do modelo de avaliação da qualidade. O cruzamento da maior equipe de profissionais com maior quantitativo de produção definiu os casos a serem avaliados.

Na análise de produção foi observada a ausência de registro, em pelo menos um dos meses do ano, em 79 estabelecimentos - 46 municipais próprios e 33 credenciados ao SUS, que foram excluídos da base de seleção. Também foram excluídos 7 estabelecimentos que não apresentavam fisioterapeutas cadastrados no CNES, sendo 1 serviço próprio e 6 credenciados ao SUS. Restaram 203 estabelecimentos, sendo 104 serviços próprios e 99 credenciados.

Os serviços selecionados para avaliação da qualidade foram: Caso 1 estabelecimento público municipal próprio que oferece serviços de saúde na modalidade de Policlínica em Florianópolis, com equipe formada por 3 fisioterapeutas realizando em média 36 atendimentos por dia nas especialidades de ortopedia, traumatologia e reumatologia, de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas. O Caso 2 também é

um estabelecimento público municipal próprio que oferece assistência aos munícipes de Camboriú nas áreas de fisioterapia e fonoaudiologia, funcionando de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas com atuação de 7 fisioterapeutas que realizam em média 47 atendimentos por dia nas especialidades de neurologia, respiratória, traumatologia e fisioterapia domiciliar.

O Caso 3 é um serviço credenciado que oferece atendimento exclusivamente pelo SUS na cidade de Lages nas áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, com atendimento de segunda a sexta-feira das 08 às 12 horas e das 13:30 às 18 horas e equipe formada por 3 fisioterapeutas que realizam em média 100 atendimentos por dia em traumatologia, neurologia, respiratória, uroginecologia e cardiologia. O caso 4 presta atendimento de fisioterapia credenciado ao SUS no município de Joinville além de atendimentos particulares e outros convênios, a equipe é composta por 5 fisioterapeutas que realizam em média 80-100 atendimentos/dia pelo SUS, 40-50 atendimentos/dia por convênios e 1 atendimento/dia particular nas especialidades de traumatologia, reumatologia, desportiva, respiratória, neurologia e uroginecologia.

O Caso 5, com sede em Florianópolis, é um serviço público estadual referência na assistência especializada à pessoa com deficiência, o atendimento acontece de segunda a sexta das 07 às 19 horas por equipe multiprofissional composta por 13 fisioterapeutas nas especialidades de neuroreabilitação adulto, pediatria, fisioterapia aquática, reabilitação cardiopulmonar, setor de prótese e órtese e reabilitação músculo esquelética – realizando em média 80 procedimentos ao dia. Estes serviços foram avaliados em um estudo de casos múltiplos através de semana típica, cujos resultados estão apresentados em outra publicação³.

³ Os resultados completos desta avaliação encontram-se no capítulo de Apresentação e Discussão dos Resultados da

O SUS é responsável por aproximadamente 80% de toda a assistência em saúde prestada no país, conta com uma rede própria e também recebe suporte dos sistemas públicos estaduais e municipais. Além disso, a rede privada participa do sistema de forma complementar, através da compra de serviços por contrato de direito público ou firmando convênios (BRASIL, 1988; FREITAS; KUPEK; PERRARO, 2001)

A regionalização e a descentralização colocam o município na base do sistema, com responsabilidade de gestão e gerência dos serviços de assistência individual e coletiva, além de formulação das políticas de saúde. O planejamento, controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados são essenciais para cumprir tais funções (ORTIGA e CONILL, 2009). Os sistemas de informação constituem a principal fonte para subsidiar as ações de planejamento e reorientação de ações a partir dos processos avaliativos.

Entretanto, observa-se que a execução de estudos com bases de dados secundários apresenta aspectos limitantes, constatados nas irregularidades dos registros básicos utilizados neste estudo. A primeira tentativa de coleta de dados secundários do CNES foi por meio do programa TabWin, de livre uso, mas que resultou em muitas falhas decorrentes das rotinas inadequadas preparadas para os bancos de dados na área de fisioterapia. As informações utilizadas foram as disponibilizadas pela Gerência de Programação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que dispõe de um programa próprio para análise destas informações. Tal situação foi reportada via correspondência eletrônica para o Data SUS em formulário específico para dúvida, sugestão ou solicitação, uma vez que inúmeros

dissertação de mestrado referenciada: Medeiros GAR. *Avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia no Estado de Santa Catarina* [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

estudos podem ter sua execução comprometida por falhas na base de dados.

O banco do CNES apresentou campos desatualizados e sem preenchimento, principalmente os referentes ao telefone do serviço, turno de atendimento, quantidade de profissionais e tipo de equipamentos, fato já identificado em outros estudos (BAZZO, 2007). O banco do SIA, por sua vez, apresenta fortes indícios de subnotificação de registro, a própria ausência de qualquer registro em alguns meses do ano demonstra a pouca regularidade na sua alimentação.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo objetivou descrever a distribuição dos serviços públicos de fisioterapia, cadastrados na média complexidade ambulatorial, ofertados pelo SUS em Santa Catarina utilizando os Sistemas de Informação em Saúde, a saber, CNES e SIA.

Até fevereiro de 2013 estavam estruturados 289 serviços públicos de fisioterapia, sendo 151 próprios e 138 credenciados ao SUS com volume de 1.470.706 de procedimentos realizados durante o período analisado. Os resultados demonstram que 52% dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial de fisioterapia são próprios, que a quantidade de profissionais e de estabelecimentos nesta área é semelhante entre os serviços próprios e credenciados, contudo, a quantidade de procedimentos é quatro vezes maior entre os serviços credenciados.

Evidencia-se ainda a presença de contrastes geográficos, socioeconômicos e demográficos influenciando a distribuição e a cobertura da assistência fisioterápica prestada pelo SUS, determinada pela importante carência deste profissional atuando no sistema público de saúde em Santa Catarina.

Por fim pontua-se o incipiente registro de informações específicas da área de fisioterapia junto às bases do CNES e

do SIA, demonstrada através da irregularidade destes registros, subnotificação dos dados, campos desatualizados ou até mesmo sem preenchimento.

Espera-se que este estudo possa estimular ações de capacitação para o preenchimento correto dos sistemas de informação, reforçando a importância da regularidade destes registros, bem como sua utilização de forma rotineira pelas equipes de fisioterapia de média complexidade ambulatorial para o planejamento das ações em saúde.

Municipal services of medium complexity outpatient physiotherapy associated with SUS in Santa Catarina

ABSTRACT

This study aimed to describe the distribution of municipal services of medium complexity (outpatient own and accredited) offered by SUS in Santa Catarina through exploratory descriptive study using secondary data from CNES (registered services to fevereiro/2013) and SIA (outpatient services in January / 2012 January/2013). The variables investigated were: county and region service location, level of complexity, type of health facility in which the service is located; time providing physiotherapy services to SUS number of registered physiotherapists; specialties served; multitude of procedures outpatients. For coverage analysis verified the total population estimated for 2012. Until February 2013 were 289 structured public physiotherapy (151 own and 138 accredited) with a volume of 1,470,706 procedures performed. The results show that 52% of these services are proper, the amount of establishments and professional services is similar between themselves and registered, however, the number of procedures is four times higher among accredited. Scores are fledgling record specific information for physical therapy in these bases, demonstrated by the irregularity of records, underreporting of data fields outdated or no padding. It is hoped that this study will stimulate training actions for the

correct completion of the SIS and its routine use by teams of physiotherapy for the planning of health actions.

Key-words: physiotherapy.healthcare.information systems

REFERÊNCIAS

Bazzo LMF. Informação em Saúde: subsídios para caracterização da oferta de serviços fonoaudiológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *R. Ci. méd. biol.*, 2007; 6(2):214-218.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: *Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação – 2ed. revista e atualizada.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília : CONASS; 2011. p.223.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 15 junho 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO. Profissional. Estatísticas. Disponível em: <

<http://www.crefito10.org.br/estatportiporegistro.jsp?a=profissional>>. Acesso em: 30 julho 2013.

Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*, 2012; 16(5): 422-430.

Freitas SFT, Kupek E, Perraro MC. Distribuição de recursos de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil: um subsídio para discussões sobre o financiamento em saúde. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2001; 10(2): 95-100.

Medeiros GAR. *Avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia no Estado de Santa Catarina*. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Mendonça LL, Madacar MA. A importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações e políticas de saúde no programa de saúde da família do município de Porto Alegre. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação* 2008; 7(2): 1-17.

Ortiga AMB, Conill LM. Municipalização da saúde: a trajetória no Estado de Santa Catarina. *R. saúde públ. Santa Cat.* 2009; 1(1):27-35

Rebelatto JR, Botomé SP. *Fisioterapia no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

Viana SBP. *Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família: avaliação dos professores e egressos da Univali*. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2005.

4.2 Artigo 2 - Revista Ciência & Saúde Coletiva

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

QUALITY EVALUATION OF PUBLIC SERVICES PHYSICAL THERAPY IN SANTA CATARINA

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros
Maria Cristina Marino Calvo

Endereço para correspondência:
Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública
Campus Universitário – Bairro Trindade
Florianópolis, Santa Catarina
CEP: 88040-900

Endereço Eletrônico:
gabriella-medeiros@uol.com.br
Cristina.calvo@ufsc.br

RESUMO

A busca pela qualidade em saúde tem concentrado esforços do Ministério da Saúde, entendendo a avaliação como importante suporte para equilíbrio de custos, identificação de problemas, reflexão sobre a prática e atendimento de qualidade. Contudo, qualidade na fisioterapia se traduz em satisfação do usuário, com escassez literária no enfoque de Donabedian. Objetivou-se construir e aplicar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial em Santa Catarina na proposta “estrutura-processo-resultado”. Após a construção do modelo, sua aplicação ocorreu com estudo de caso através

de semana típica em 5 serviços selecionados: 2 municipais próprios, 2 credenciados ao SUS e 1 serviço estadual. O modelo construído cumpriu com os atributos da qualidade adaptados para organização da estrutura, organização do trabalho e satisfação do usuário. A matriz avaliativa foi composta por 35 medidas agrupadas em 7 sub-dimensões. Organização da estrutura foi avaliada como “pouco adequado”, organização do trabalho “regular” e satisfação do usuário foi considerada “adequado” – demonstrando que o modelo pode ser utilizado para avaliar a qualidade destes serviços ao mesmo tempo em que traz como expectativa a não improvisação da atenção fisioterápica tendo como subsídio a avaliação do serviço.

Palavras-chave: avaliação em saúde, fisioterapia, serviços de saúde.

ABSTRACT

The quest for quality in health has focused efforts of the Ministry of Health, understanding evaluation as an important support for balancing costs, identifying problems, reflection on practice and quality care. However, quality physical therapy translates into user satisfaction with shortages in literary approach Donabedian. The objective was to build and implement a model for evaluating the quality of public outpatient medium complexity in Santa Catarina in the proposed "structure-process-outcome". After constructing the model, its application to a case study occurred through typical week in 5 selected services: 2 municipal own, 2 associated to SUS 1 and statual service. The model built has met the quality attributes tailored to the structure organization, work organization and user satisfaction. The evaluative matrix comprised 35 measures grouped into seven sub-dimensions. Structure organization was evaluated as "barely adequate", work organization "regular" and user satisfaction was considered "adequate" - demonstrating that the model can be used to evaluate the quality of these services at the same time

as it brings forward to not improvisation as having physiotherapy care subsidy services evaluation.

Key-words: evaluation, physical therapy, health services.

INTRODUÇÃO

Embora a atenção básica venha proporcionando expressiva extensão da cobertura e do acesso, sua oferta de serviços e procedimentos não esgotam as necessidades dos usuários do SUS^{1,2}. Em consequência da transição do perfil epidemiológico (envelhecimento da população e predomínio das doenças crônico-degenerativas), identifica-se a necessidade de diversificação da oferta destes serviços para além dos cuidados básicos, por meio dos serviços especializados³.

A oferta destes serviços tem sido executada, em sua maior parte, por meio de contratos ou convênios firmados com a iniciativa privada, com instituições filantrópicas e universitárias, e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes¹. A assistência em fisioterapia seguiu este mesmo modelo de intervenção, mas com investimento governamental significativamente menor do que na assistência médica⁴.

O acesso aos serviços de média e alta complexidade constitui-se em um importante entrave na garantia de continuidade do cuidado e integralidade da assistência à saúde². Como estratégia de superação desta lacuna, podemos citar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a avaliação dos serviços de saúde como ações que tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde (MS) na busca pela qualidade da assistência no SUS^{2,5}.

Este artigo tem por objetivo apresentar os resultados da aplicação de um modelo de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia, realizado em serviços de média complexidade ambulatorial em Santa Catarina.

MÉTODOS

Este estudo avaliativo teve sua primeira etapa caracterizada pelo desenvolvimento do modelo de avaliação para serviços públicos de média complexidade em fisioterapia, seguida da aplicação deste modelo em estudo de casos múltiplos em cinco serviços, próprios e credenciados ao SUS, em Santa Catarina. Foi utilizada uma adaptação da tríade estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian na década de 1980⁶, considerando organização da estrutura, organização do trabalho e satisfação do usuário.

A matriz avaliativa do estudo considerou três dimensões e 35 subdimensões sintetizados no Quadro 1. Para coletar as informações foram desenvolvidos instrumentos específicos a partir de questionários existentes e já aplicados em outras pesquisas, a exemplo dos módulos do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica)⁷ e do instrumento de Machado *et al.*⁸ para avaliar a satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. Os instrumentos foram submetidos a uma validação por consenso entre especialistas, considerando a pertinência das perguntas, necessidade de inclusão ou exclusão de algum item e a pactuação quanto à forma de aplicação de cada instrumento - estruturado ou semi-estruturado. Resultaram 4 instrumentos básicos de investigação: um roteiro utilizado pela pesquisadora para observação da estrutura dos serviços; dois roteiros para entrevista semi-estruturada com os coordenadores e fisioterapeutas dos serviços; um questionário estruturado para aplicação aos usuários dos serviços. Após aprovação dos instrumentos, foi realizado um teste piloto para conferir a aplicabilidade dos mesmos.

O modelo de avaliação da qualidade foi aplicado em serviços municipais próprios de Florianópolis (caso 1) e Camboriú (caso 2), em serviços credenciados ao SUS nas cidades de Lages (caso 3) e Joinville (caso 4) e no serviço público estadual, Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis (caso 5). Os casos foram selecionados

considerando os serviços com pelo menos dois anos de atuação em fisioterapia pelo SUS e posterior identificação cruzada dos serviços com o maior quantitativo de profissionais - base CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) em fevereiro de 2013 - com o maior quantitativo de produção – base SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) ano 2012 completo.

Os serviços foram convidados a participar por meio de contato telefônico seguido de envio do convite oficial. Os instrumentos de pesquisa foram remetidos ao endereço eletrônico dos responsáveis pelos serviços e um novo contato telefônico foi realizado para esclarecer dúvidas. A aceitação pelas equipes foi positiva em todos os casos, sendo então agendada a data mais adequada para acompanhamento da semana típica.

Os dados foram coletados entre os meses de abril a junho de 2013 durante uma semana típica em cada serviço, quando foram entrevistados todos os profissionais fisioterapeutas em exercício, coordenadores e todos os usuários que concordaram em participar da pesquisa. O roteiro de observação foi utilizado para anotações da pesquisadora em um diário de campo, as entrevistas com coordenadores e fisioterapeutas foram gravadas e posteriormente transcritas e os questionários com os usuários foram preenchidos pela pesquisadora diretamente em formulário eletrônico do programa Epi-Data Entry 3.1. Posteriormente, todos os dados foram tabulados e analisados em planilhas do Microsoft Office Excel.

Quadro 1: Dimensões, Subdimensões (Sd) e medidas consideradas na Matriz Avaliativa. Instrumentos de coleta entre parênteses.

Dimensão Organização da Estrutura	Dimensão Organização do Trabalho	Dimensão Satisfação do Usuário
Sd Acessibilidade a.Segurança da área externa (1) b.Segurança da área interna (1) c.Acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência (1)	Sd Ações de Suporte a.Realização de planejamento (2) b.Realização reunião de equipe (2) c.Pesquisa satisfação do usuário (2) d.Divulgação da Ouvidoria (4) e.Organização dos prontuários (2)	a.Horário adequado (4) b.Respeito da equipe (4) c.Sugestões adequadas à realidade (4) d.Explicação sobre atendimento (4) e.Confiança no atendimento (4) f.Resultados alcançados (4) g.Materiais e equipamentos (4) h.Condição das instalações (4) i.Cuidado recebido pelo fisioterapeuta (4) j.Nível de satisfação (4)
Sd Recursos Humanos a.Equipe suficiente (2) b.Qualificação da equipe (3) c.Ações de educação permanente (2) d.Garantias trabalhistas (3)	Sd Condições para Atendimento a.Agilidade de agendamento (4) b.Acolhimento ao usuário (4)	
Sd Infra Estrutura a.Equipamentos e materiais suficientes (3) b.Acesso à tecnologia de informação (2) c.Ambiente adequado (1) d.Área física adequada (1)	Sd Atuação Profissional a.Atendimento adequado (3,4) b.Coordenação do cuidado (4) c.Encaminhamento (3) d.Educação em saúde (1,3)	
Sinalização a.Sinalização externa (1) b.Sinalização interna (1) c.Identificação dos profissionais (1)		

Instrumentos de coleta: (1) observação direta do pesquisador;
 (2) entrevista do coordenador; (3) entrevista do fisioterapeuta;
 4) questionário do usuário

Fonte: autora do estudo.

Os itens normatizados foram comparados com documentos oficiais (portarias, resoluções e políticas nacionais) e juntamente com os itens dicotômicos foram ajuizados como “adequado” e “pouco adequado”. Os itens de satisfação do usuário foram convertidos em valores percentuais, analisados por quartil e ajuizados como: 0-25 “pouco adequado”, 25-75 “regular” e 75-100 “adequado”.

Para formular o juízo de valor, a regra geral adotada foi: a) Adequado - indicador sem item “pouco adequado” e pelo menos 50% de itens “adequado”; b) Pouco Adequado - indicador com pelo menos 50% de itens “pouco adequado”; c) Regular – indicador com as demais possibilidades. Com as medidas ajuizadas, estas foram agrupadas por sub-dimensão e novamente ajuizadas. Por fim, as sub-dimensões foram agrupadas e ajuizadas para extrair o juízo de valor de cada dimensão. Todas as medidas, sub-dimensões e dimensões avaliativas apresentaram igual importância, sem atribuição de pesos diferenciados.

Este estudo obedeceu todos os procedimentos éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aprovado pela mesma através do parecer número 216.374.

RESULTADOS

Caracterização dos serviços de fisioterapia

O Caso 1 (Florianópolis) é um estabelecimento público municipal próprio que oferece serviços de saúde em diversas especialidades médicas, acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, exames laboratoriais e de imagem aos usuários do SUS desde 2007, sendo um serviço de referência para uma região de saúde que engloba 22 municípios. Todavia, os atendimentos de fisioterapia são direcionados somente aos municípios. São 3 fisioterapeutas realizando em

média 36 atendimentos por dia nas especialidades de ortopedia, traumatologia e reumatologia, de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas, com agendamento de consultas e exames por meio de sistema de regulação. Foram entrevistados o coordenador do serviço, 3 fisioterapeutas e 26 usuários neste serviço.

O Caso 2 (Camboriú) também é um estabelecimento público municipal próprio que oferece assistência pelo SUS nas áreas de fisioterapia e fonoaudiologia desde 2005, sendo referência apenas para o município no qual está localizado. Atuam no serviço 7 fisioterapeutas que realizam 47 atendimentos por dia nas especialidades de neurologia, respiratória, traumato-ortopedia e fisioterapia domiciliar. O centro de fisioterapia e reabilitação funciona de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas e o agendamento é feito diretamente no serviço sem restrição de dias e horários. Foram entrevistados o coordenador do serviço, 7 fisioterapeutas e 21 usuários neste serviço.

O Caso 3 (Lages), em funcionamento desde 2007, é um serviço credenciado que oferece atendimento exclusivamente para o SUS nas áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. O atendimento é de segunda a sexta-feira das 08 às 12 horas e das 13:30 às 18 horas, com equipe formada por 3 fisioterapeutas que realizam em média 100 atendimentos por dia em traumato-ortopedia, neurologia, respiratória, uroginecologia e cardiologia. O agendamento pode ser feito na clínica ou pelo telefone sem restrição de dias e horários. Foram entrevistados dois coordenadores do serviço, 3 fisioterapeutas e 39 usuários neste serviço.

O caso 4 (Joinville) presta atendimento de fisioterapia credenciado ao SUS desde 1986 e também atende pacientes particulares e em convênios de saúde. As especialidades previstas são traumato-ortopedia, reumatologia, desportiva, respiratória, neurologia e uroginecologia. Também são oferecidos atendimentos em acupuntura aos usuários de convênios ou particulares. A clínica funciona de segunda a

sexta-feira das 07 às 11:30 horas e das 13 às 19 horas, o agendamento é feito através do sistema de regulação e os atendimentos são feitos por 5 fisioterapeutas que realizam em média 80-100 atendimentos/dia pelo SUS, 40-50 atendimentos/dia por convênios e 1 atendimento/dia particular. Foram entrevistados o coordenador do serviço, 5 fisioterapeutas e 33 usuários neste serviço.

O Caso 5 (Florianópolis) está em funcionamento desde 1961 e atualmente é referência estadual na assistência especializada à pessoa com deficiência para o estado de Santa Catarina. O atendimento é feito de segunda a sexta das 07 às 19 horas por equipe multiprofissional composta de assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, médicos (fisiatra, neurologista e ortopedista), nutricionista, educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem e prótese/órtese e 13 fisioterapeutas distribuídos nas especialidades de neuroreabilitação adulto, pediatria, fisioterapia aquática, reabilitação cardiopulmonar, setor de prótese e órtese e reabilitação músculo esquelética – realizando em média 80 procedimentos ao dia. O agendamento pode ser feito pelo sistema de regulação estadual, diretamente na recepção sem restrição de dias e horários e por fluxo interno entre as especialidades. Foram entrevistados o coordenador do serviço, 11 fisioterapeutas e 31 usuários neste serviço.

Avaliação dos serviços de fisioterapia

Os resultados da aplicação da matriz de avaliação estão apresentados nos Quadros 2, 3 e 4, com os julgamentos das medidas em cada dimensão de análise.

Quadro 2: Resultados da avaliação da Dimensão Organização da Estrutura. A - Adequado; B - Regular; C - Pouco Adequado.

SUBDIMENSÃO E MEDIDAS	CASOS				
	1	2	3	4	5
Acessibilidade	B	B	C	B	B
Segurança da área externa	B	B	C	B	B
Segurança da área interna	B	B	B	B	A
Acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência	C	C	C	C	C
Recursos Humanos	B	C	C	C	B
Equipe suficiente	C	C	A	A	C
Qualificação adequada da equipe	A	B	C	B	A
Ações de educação permanente	A	C	C	C	A
Garantias trabalhistas	A	C	C	C	B
Infra Estrutura	B	C	B	B	B
Equipamentos e materiais suficientes	C	C	A	C	C
Acesso à tecnologia de informação	A	C	A	A	A
Ambiente adequado	B	A	B	A	A
Área física adequada	B	B	C	B	A
Sinalização	C	B	C	C	B
Existência de sinalização externa	A	A	A	A	A
Existência de sinalização interna	C	C	C	C	C
Identificação dos profissionais	C	A	C	C	A

Fonte: autora do estudo.

Quadro 3: Resultados da avaliação da Dimensão Organização do Trabalho. A - Adequado; B - Regular; C - Pouco Adequado.

SUBDIMENSÃO E MEDIDAS	CASOS				
	1	2	3	4	5
Ações de Suporte	B	C	B	B	A
Realização de planejamento	A	C	C	C	A
Realização de reunião de equipe	A	C	A	A	A
Pesquisa de satisfação do usuário	C	B	C	C	B

Divulgação da Ouvidoria	B	C	B	B	B
Organização dos prontuários	A	A	A	A	A
Condições para Atendimento	A	A	A	A	A
Agilidade de agendamento	B	A	A	A	A
Acolhimento ao usuário	A	B	B	B	A
Atuação Profissional	B	B	C	C	C
Atendimento adequado	B	B	C	C	A
Coordenação do cuidado	B	B	B	B	B
Encaminhamento	B	B	C	C	C
Educação em saúde	C	C	C	C	C

Fonte: autora do estudo.

Quadro 4: Resultados da avaliação da Dimensão Satisfação do Usuário. A - Adequado; B - Regular; C - Pouco Adequado.

MEDIDAS	CASOS				
	1	2	3	4	5
Satisfação do Usuário A	A	A	A	A	A
Horário adequado	A	A	A	A	A
Respeito da equipe	A	A	A	A	A
Sugestões adequadas à realidade	A	B	A	B	A
Explicação sobre atendimento	A	B	B	B	A
Confiança no tratamento	A	A	A	A	A
Resultados alcançados	A	A	A	A	A
Materiais e equipamentos	A	A	A	A	A
Condição das instalações	A	A	A	A	A
Cuidado recebido pelo fisioterapeuta	A	A	A	A	A
Nível de satisfação	A	A	A	A	A

Fonte: autora do estudo.

As 35 (trinta e cinco) medidas avaliadas nos 5 casos estudados resultaram em 175 (cento e setenta e cinco)

possibilidades deajuizamento de acordo com os parâmetros estabelecidos. Deste total de medidas, 50% foram conceitos “adequado”, 27% foram “pouco adequado” e 22% classificados como “regular”. O Caso 5 destacou-se pela maior concentração de “adequado” (69%) e menor concentração de “pouco adequado” (17%); e o Caso 3 apresentou a maior concentração de “pouco adequado” (37%), seguida dos Casos 2 e 4, com 31% de “pouco adequado”.

Na dimensão organização da estrutura, os cinco casos apresentaram-se como “regular” ou “pouco adequado” em todas as subdimensões de análise, sendo pior a situação em recursos humanos e sinalização. Acessibilidade e infraestrutura estiveram “pouco adequado” apenas nos Casos 3 e 2, respectivamente. No consolidado para a dimensão, apenas os Casos 1 e 5 apresentaram desempenho “regular”, os demais ficando “pouco adequado”.

Na dimensão organização do trabalho, as ações de suporte receberam conceito “adequado” apenas no Caso 5 e “pouco adequado” para o Caso 2. Condições para atendimento foi conceituada como “adequada” em todos os casos e a atuação profissional foi “pouco adequado” para os Casos 3, 4 e 5. No consolidado da dimensão, todos os casos ficaram “regular”.

Na dimensão satisfação do usuário os itens horário, respeito, sugestões adequadas, confiança, resultados alcançados, materiais e equipamentos, condição das instalações, cuidado recebido pelo fisioterapeuta e nível de satisfação foram considerados “adequado” para todos os casos avaliados e também na análise global da dimensão; o único componente “regular” foi explicação sobre o atendimento. Na distribuição entre os casos, oajuizamento “adequado” para todos os componentes foi conseguido pelos Casos 1 e 5.

DISCUSSÃO

Avaliação da organização da estrutura

A avaliação da estrutura analisa a disponibilidade de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros para o provimento da assistência à saúde. Neste atributo estão inseridos quantidade, distribuição e qualificação profissional; tamanho da equipe, descrição das instalações, distribuição geográfica dos serviços, manutenção da área física e de equipamentos⁶ – sendo sintetizada neste estudo como organização da estrutura.

Os resultados indicaram que a "acessibilidade" para pessoas com deficiência não estava adequada em nenhum dos casos avaliados, embora seja esperado que centros especializados de fisioterapia atuassem como espaço qualificado para atender às necessidades específicas desta população⁹. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência busca garantir a utilização autônoma e segura, com acesso equitativo aos serviços e à proteção à saúde por meio de ações de reabilitação, inclusão social e prevenção de agravos, incluindo ambientes adequados que pressupõem ausência de barreiras arquitetônicas e de comunicação¹⁰.

Em "recursos humanos" três aspectos se destacaram: equipe com quantidade insuficiente de fisioterapeutas, condições de atualização e capacitação aquém do necessário e fragilidade de garantias trabalhistas. A perspectiva do usuário com relação à equipe foi analisada em outro estudo¹¹, revelando que a maior parte dos usuários queixaram-se da quantidade insuficiente de fisioterapeutas atuando naquele serviço. Na perspectiva dos profissionais, as entrevistas indicaram que as ações de atualização e capacitação são direcionadas frequentemente às equipes de atenção básica e não atendem às necessidades da atenção secundária.

O vínculo empregatício esteve presente em 4 dos 5 casos, incluindo plano de carreira e progressão funcional. A

jornada de 30 horas semanais somente foi observada integralmente nos serviços públicos próprios, embora esteja definida pela Lei nº 8856/94¹². A condição salarial foi amplamente retratada durante as entrevistas, com relação direta entre a condição salarial e sentimento de (des)valorização profissional. O baixo valor pago por procedimento e o número máximo de sessões mensais permitida por usuário foi um argumento aventado pelos administradores dos serviços credenciados. Dos cinco casos estudados, apenas um atendia ao piso salarial preconizado pela Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no valor de R\$ 2.050,00 para 30 horas semanais¹³.

Para a "infra estrutura" destacam-se os itens de equipamentos/materiais e área física. Apenas no caso 3 houve avaliação dos profissionais de adequação para a quantidade e variedade de equipamentos, materiais e insumos para a sua prática. Os demais indicaram itens não disponíveis que contribuiriam para uma assistência de maior qualidade, como: adequação do espaço físico, manutenção periódica dos equipamentos, alguns equipamentos de eletroterapia e diversos acessórios destinados à cinesioterapia. Cabe salientar que houve importante valorização dos exercícios terapêuticos pelas equipes dos casos 1, 4 e 5 em contraponto ao uso predominante da eletroterapia como recurso terapêutico.

A área física de um centro especializado de fisioterapia deve considerar consultórios, boxes, ginásio de cinesioterapia, espaços para funções administrativas, de circulação de usuários e de integração profissional¹⁴. Apenas o caso 5 apresentou adequação para os itens considerados essenciais. Como exemplo desta fragilidade nos serviços avaliados, a mesa de exame, um dos mobiliários imprescindíveis para o trabalho em saúde¹⁴, esteve ausente (caso 3) ou era utilizada como substituta para o armário inexistente (caso 2). Essa situação sugere a eventual supressão do exame físico, o que prejudica o processo de avaliação e leva à estruturação de planos de tratamento

baseados na queixa/conduita, comprometendo a resolutividade da assistência fisioterápica.

Quanto à "sinalização", em todos os serviços visitados existia placa ou pintura na fachada em local visível e de fácil identificação da sinalização externa¹⁴. O contrário ocorreu com a sinalização interna cuja finalidade era observar se o centro de fisioterapia instruíra os usuários sobre o horário de funcionamento, as ações e serviços realizados pela equipe, a escala dos profissionais e o telefone da ouvidoria da saúde – avaliada como “pouco adequado” para todos os serviços.

Avaliação da organização do processo

O atributo processo é considerado o objeto primário da avaliação, que serve como base para o juízo de qualidade da atenção médica⁶. A análise do processo descreve as atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde para a execução do tratamento ofertado ao paciente segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica, incluindo os aspectos éticos envolvidos na relação profissional/paciente e suas consequências para o bem-estar físico dos indivíduos e da sociedade⁶. Neste estudo, a aproximação possível para avaliação deste atributo foi "organização do trabalho".

Em "ações de suporte", o planejamento com levantamento de problemas e definição de prioridades, com o intuito de permitir que a equipe se comprometa com o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, foi classificado como “pouco adequado” e o caso 5 foi o que apresentou melhor desempenho, realizando o planejamento por setores para acompanhamento das metas de atendimento. Este aspecto foi percebido inclusive durante o processo de revisão da literatura pela escassez de estudos de fisioterapia nesta linha.

A pesquisa de satisfação do usuário e a ouvidoria receberam, respectivamente, “pouco adequado” e “regular”. A pesquisa de satisfação do usuário tem por objetivo recolher

informações sobre o público atendido, encaminhar suas demandas aos responsáveis e tomar decisões que considerem esta opinião para aprimoramento do processo de trabalho¹⁵. Além de fortalecer a gestão democrática e o controle social, a pesquisa de satisfação é entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde^{8,15}. Na área da fisioterapia, estudos com esta temática desenvolveram e validaram instrumento para medir¹⁶ e categorizar aspectos determinantes da satisfação dos usuários¹⁷. Todo o usuário do SUS, seja de serviço público ou credenciado, tem direito de acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias através da ouvidoria da saúde¹⁸. Este contato encontrava-se acessível nos casos 3 e 5 e, durante as entrevistas com os coordenadores dos centros de fisioterapia houve falas informando que algumas secretarias de saúde solicitavam que este canal de comunicação não estivesse acessível devido ao grande volume de reclamações provenientes da Atenção Básica.

Em "condições para atendimento", era esperado que o agendamento das consultas especializadas fosse realizado pela central de regulação, conforme preconizado pela Política Nacional de Regulação do SUS¹⁹, como ocorreu nos casos 1, 4 e 5. Caso esta forma de agendamento não estivesse implantada no serviço, considerou-se adequado que o usuário fizesse a marcação diretamente na clínica de fisioterapia sem restrição de dias e horários, a exemplo dos casos 2 e 3. O tempo máximo para primeira consulta foi 18 dias para os serviços credenciados e de 42 a 396 dias nos serviços próprios, corroborando fato constatado em outros estudos onde o tempo de espera tem sido apontado como um dos principais problemas enfrentados pelos serviços públicos de fisioterapia^{8,20}.

Quantidade de usuários atendidos por turno, duração de cada atendimento e a disponibilidade de agenda com retorno para acompanhamento após a alta fisioterápica foram aspectos muito presentes na discussão da "atuação profissional". Apesar de estar regulamentada a quantidade de

atendimentos por turno de trabalho de acordo com o tipo de consulta²¹, apenas nos serviços próprios tal aspecto foi respeitado. Nos serviços credenciados há a forte interferência da remuneração por produção ou o imperativo de aumentar os atendimentos para compensar os baixos valores pagos pelos procedimentos. Os valores pagos para os procedimentos mais frequentemente realizados pela fisioterapia de média complexidade variam entre R\$ 4-6 de acordo com a tabela do SUS²². Essa situação pode explicar a espera menor para consulta, o maior número de usuários atendidos por turno e o número quatro vezes maior de procedimentos realizados pelos serviços credenciados que, para compensar os baixos valores pagos por procedimento, aumentam o número de atendimentos, contrariando as recomendações da Resolução Coffito 387/2011²¹ que buscam garantir a qualidade do cuidado e do trabalho.

A relação dos serviços com as equipes de atenção básica foi incipiente, com relato de ausência de treinamentos específicos para referência e contrarreferência, sinalizando a necessidade de articulação das RAS para integrar a atenção básica aos serviços de urgência, às especialidades, às ações de vigilância em saúde - resgatando a concepção de rede hierarquizada e regionalizada para o cuidado integral¹. Da mesma forma, também foi pouco adequada a educação em saúde, cujo entendimento dos profissionais é sinônimo das orientações fornecidas ao usuário durante o período de tratamento para realização dos exercícios em domicílio. Apenas no caso 5 existem ações de educação em saúde pela reabilitação músculo esquelética com a realização da “Escola da Postura”. Os casos 1 e 5 apresentam material educativo próprio entregue aos usuários e familiares, nos demais casos, a confecção deste material depende do perfil do profissional e não se constitui numa rotina do serviço. A lógica de atenção à saúde preconizada pelos SUS não se esgota em oferecer tratamento adequado ao usuário, passa a ser fundamental que os usuários e seus familiares estejam aptos a promover, prevenir e recuperar a saúde em domicílio, a incorporar

mudanças no espaço de trabalho e promover atividades de lazer. As ações educativas e de promoção da saúde precisam estar incorporadas na dinâmica de trabalho do centro especializado de fisioterapia para que a atuação esteja em sintonia com todo o sistema²³.

Avaliação da satisfação do usuário

A avaliação dos resultados descreve o impacto da assistência prestada sobre a situação de saúde, quais foram as mudanças ocorridas no estado de saúde a partir da atuação médica, quais as transformações ocorridas no comportamento e no conhecimento do paciente⁶.

Foram realizadas 150 entrevistas com usuários dos cinco serviços visitados para aplicação do modelo de avaliação. Do total de entrevistados 71% eram mulheres, com idade mínima de 18 e máxima de 88 anos (média 48 anos), 22,5% tinham o segundo grau completo, as ocupações foram diversificadas sendo aposentado (15,3%) e do lar (14%) as mais frequentes com renda familiar predominante na faixa entre 1 a 3 salários mínimos para 73% dos usuários, sendo que 82% destes não tinham plano de saúde. O predomínio do sexo feminino foi observado em outros estudos de perfil de usuários de serviços de fisioterapia, fato justificado pela conhecida preocupação com os cuidados de saúde e pelo cotidiano da mulher brasileira, que associa a jornada de trabalho com os afazeres domésticos, contribuindo para o desenvolvimento de disfunções osteomioarticulares^{8,24,25}. Faixa etária e ocupação predominantes também foram coincidentes com outros estudos, que indicam o desgaste fisiológico das estruturas ósseas e articulares, influenciado pelas sobrecargas sofridas ao longo da vida, como fator desencadeante de queixas algícas reumatológicas e traumato-ortopédica a partir dos 40 anos^{24,25,26}. A renda familiar baixa, observada nos usuários entrevistados, foi associada à procura de serviços gratuitos e ausência de planos de saúde em outros estudos^{8,27}, configurando a amostra estudada como

compatível com os estudos já realizados nesse tipo de serviço.

Os entrevistados manifestaram aprovação para a grande maioria dos itens investigados, fato muito frequente nas pesquisas de satisfação realizadas em locais de atendimento em saúde. Assim, horários disponibilizados, respeito da equipe, sugestão adequada, confiança no atendimento, resultados alcançados, materiais e equipamentos, condições de instalações e cuidado recebido foram considerados “adequado”, significando que mais que 75% dos usuários estavam satisfeitos com o que observavam nesses itens.

A relação fisioterapeuta/usuários é um dos elementos que mais influenciam a opinião da satisfação do usuário^{28,29,30,31} e no presente estudo tal relação pode ser traduzida pelas medidas de respeito da equipe e cuidado recebido pelo fisioterapeuta – ambas consideradas “adequado”.

Procurou-se saber se as sugestões fornecidas pelas fisioterapeutas estavam adequadas à realidade do usuário, pois não é suficiente a prescrição de orientações ou sugestão de compra de materiais que sejam inadequadas à realidade econômica e social do usuário. O item foi considerado “adequado”, discordando da pesquisa de Machado *et al.*²⁴, que identificou 67,3% de usuários sem qualquer tipo de orientação por parte do fisioterapeuta durante o processo terapêutico e 62% sem orientações preparatórias para a alta.

O único item com julgamento “regular” foi o de explicações sobre o atendimento. O Código de Ética Profissional descreve, no capítulo do exercício profissional, que o fisioterapeuta deve informar o paciente sobre a prestação da assistência fisioterápica quanto ao diagnóstico, prognóstico e os objetivos do tratamento³². Já a Cartilha de Direitos dos Usuários do SUS acrescenta ser um direito do usuário receber explicações e orientações claras para a adequada utilização do serviço¹⁸. Outros estudos^{16,33} também verificaram fragilidade neste campo, alertando que a clara

explicação sobre a prestação do atendimento tem influência direta na adesão ao tratamento.

Uma síntese de satisfação do usuário foi solicitada a partir da aferição de uma nota de zero a dez em relação ao seu tratamento de fisioterapia. À semelhança de outras literaturas nesta linha^{8,24,25}, que utilizaram abordagens, instrumentos e metodologias diferentes, os usuários conferiram notas altas, resultando médias acima de 9, concordando com os altos índices de satisfação relatados em outros estudos. Este efeito é apontado por Esperidião *et al.*³⁴ como fenômeno de elevação das taxas de satisfação e pode estar relacionado com um viés de gratidão pela prestação de um serviço de forma “gratuita” ou pela insegurança do usuário em ter seu atendimento suspenso a partir de uma manifestação insatisfatória. Com efeito, os altos níveis de satisfação com os serviços de saúde requer cuidados na análise, especialmente nos serviços de média complexidade em que se sabe que as barreiras de acesso, o limite de sessões e incipiente articulação com rede SUS comprometem a qualidade da atenção à saúde^{2, 17}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo desenvolvido teve sua aplicabilidade constatada e os resultados observados foram concordantes com a literatura da área. As fragilidades dos resultados residem no formato da maioria dos dados coletados, de natureza declaratória e relativos à satisfação de usuários no local de atendimento. Todavia, a pesquisadora esteve presente em cada um dos serviços pelo período de uma semana, observando estrutura, fluxo e processo de trabalho, o que provavelmente minimizou o viés de informação.

Esta primeira aplicação do modelo exigiu a presença do pesquisador, mas o desenvolvimento de instrumentos objetivos, que captem dados representativos dos itens considerados, pode contribuir para que seja adotada uma estratégia de autopreenchimento, fato que permitiria a

avaliação extensiva dos serviços de fisioterapia. Tal adaptação exigirá esforço de construção coletiva para que a avaliação seja também formativa, contribuindo para a manutenção de registros cuidadosos, detalhados e úteis para o desenvolvimento dos serviços avaliados.

Os cinco casos foram avaliados como “regular” na organização do trabalho e “adequado” na satisfação do usuário, mas três casos foram “pouco adequado” na organização da estrutura. Não houve diferenciação entre serviço próprio e credenciado na avaliação geral, mas garantias trabalhistas, jornada de trabalho e a quantidade de usuários por turno foram pontos positivos para os serviços próprios, enquanto a agilidade para a primeira consulta foi destaque para os serviços credenciados. Acessibilidade, suficiência da equipe, adequação de equipamentos e materiais, encaminhamento e educação em saúde são aspectos que precisam ser superados por todos os serviços.

Os resultados obtidos sinalizam, no momento atual, a necessidade de reflexão sobre a forma como a atenção secundária em fisioterapia está organizada, tanto nos aspectos do trabalho, de estrutura e de valoração da opinião do usuário. Tal reflexão traz como expectativa a não improvisação da atenção fisioterápica tendo como subsídio a avaliação do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília : CONASS; 2011. p.223.
2. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* 2010; 20(3): 953-972.
3. Akerman M, Feuerwerker L. Estou me formando (ou me forme) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que

competências preciso desenvolver? In: Campos GWS *et al.* (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 171-188.

4. Rebelatto JR, Botomé SP. *Fisioterapia no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

5. Mendes EV. *Os Grandes Dilemas do SUS. Coleção Saúde Coletiva*. Editora Casa da Saúde, 2001.

6. Donabedian A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In: Donabedian A (Org). *A la calidad de la atención médica: definición y método de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana; 1984. p.95-157.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.*

8. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. *Rev Bras Fisioter* 2008; 5(12): 401-408.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Saúde da pessoa com deficiência. Disponível em: <http://Crtal.saude.gov.br/Crtal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29043&janela=1>. Acesso em 20 julho 2013.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.*

11. SILVA RS. Avaliação do serviço de fisioterapia municipal de Piúma (ES). *Perspectivas on line* 2010; 4(16): 146-155.

12. Brasil. Lei n° 8.856 de 01 de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. *Diário Oficial da União* 1994; 02 março.

13. Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Referencial Nacional 2013. Disponível em: < <http://www.fenafito.com.br/default.asp>>. Acesso em 20 julho 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.*
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Relatório preliminar da pesquisa de satisfação com cidadãos usuários e não usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde e/ou urgência e emergência, mediante inquérito amostral / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.*
16. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia. *Rev. Bras. Fisiot.*2007; 11(5): 369-376.
17. Silvestre MV. *Satisfação do usuário dos serviços de fisioterapia: uma revisão de literatura [monografia de especialização].* Florianópolis (SC): Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. –Brasília: Ministério da Saúde, 2007.*
19. Brasil. Portaria 1559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*; 04 agosto.
20. Gonçalves JR, Veras FEL, Matos ACM, Lima ISA. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. *Fisioter. mov.*2011; 24(1): 47-56.

21. Brasil. Resolução nº 387 de 08 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*; 16 junho.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*: resultado do processo avaliativo 2004-2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
24. Machado GLC, Fayer VA. Análise do perfil do serviço de fisioterapia do setor secundário do SUS de Juiz de Fora (MG) [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora (MG): Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina; 2008.
25. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter. mov.* 2011; 24(3): 419-428.
26. Carvalho MAP, Bértolo MP, Lanna CCD. *Reumatologia Diagnóstico e Tratamento*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
27. Suda EY, Uemura MD, Velasco E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de fisioterapia de Santo André, SP. *Fisioter. pesq.* 2009; 16(2): 126-31.
28. Moreira CF, Borba JAMB, Mendonça KMPP. Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a

- assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. *Fisioter. pesqui.* 2007; 14(3): 37-43.
29. Diógenes TPM, Mendonça KMPP, Guerra RO. Dimensions of satisfaction o folder adult brazilian outpatients with physical therapy. *Rev. bras. Fisioter.* 2009; 13(4): 301-307.
30. Knight PK, Cheng AN, Lee GM. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiother. theory pract.* 2010; 26(5):297-307.
31. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys. ther.* 2011; 91: 25-36.
32. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia. Código de Ética. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=26>. Acesso em 15 julho 2013.
33. Subtil MML, Goes DC, Gomes TC, Souza ML. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter. mov.* 2011; 24(4): 745-753.
34. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10 (Supl):303-312.

REFERÊNCIA

ADAMI, N.P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.13., n. (esp-pt I), p.190-196, 2000.

ADAMI, N.P., MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.8, n.4, p.47-55,1995.

AKERMAN, M., FEUERWERKER. L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? **In:-** _____. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 171-188.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Coletânea de Normas de Sistemas de Qualidade**. Rio de Janeiro (RJ): ABNT; 1996.

BALNEÁRIO CAMBORIÚ. Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú. 2012. Disponível em: <http://www.balneariocamboriu.sc.gov.br/>. Acesso em: 31 julho 2012.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. Rev. **FisioBrasil**, Rio de Janeiro, n.59, p.20-31, mai/jun 2003.

_____. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.3 [cited 2012-07-11], pp. 941-954 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000300016&lng=en&nrm=iso

BERETTA, R.C.S.; MARTINS, L.C.O. Estado, municipalização e gestão social. **Serv Soc e Sociedade**, São Paulo, n.77, p.63-77, mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.480 p.

_____. 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). **Diário Oficial da União**; 31 dezembro.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**.

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>.
Acesso em: 25 julho 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp> . Acesso em 15 julho 2013.

CALVO, M.C.M; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J.T; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia a estratégia saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006, p. 115-139.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. Atenção básica e reforma curricular. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p.91-99.

CARVACHO. I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.42, n.5, p. 886-894, 2008.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI Jr. A organização do sistema de saúde no Brasil. In:_____. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. cap. 2, p.27-60.

CIANCIARULLO, T.I. *et al.* (Coord.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde em Santa Catarina**. 2010. 300f. Dissertação (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer nº 388/63**. Câmara de Ensino Superior, 1963

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 out 1969. Seção I, p. 3658. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5 Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Lei nº 6316, 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. Brasília, 18 dez 1975. Seção I, p. 16805 a 16807. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5 Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução nº 10, de 03 de julho de 1978**. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial [da] União. Brasília, 22 set 1978. Seção I, parte II, p. 5265 a 5268. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9 Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução nº 80, de 09 de maio de 1987**. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 21 mai 1987. Seção I, p. 7609. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007&psecao=9 Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 189, de 09 de dezembro de 1998a.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 10 dez 1998a. Seção I, p. 59. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1270&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 188, de 09 de dezembro de 1998b.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 10 dez 1998b. Seção I, p. 58. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1270&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 219, de 14 de dezembro de 2000.** Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. Diário Oficial [da] União. Brasília, 27 dez 2000. Seção I, p. 70. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1301&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 220, de 23 de maio de 2002.** Dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 05 jun 2001. Seção I, p. 46. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1302&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 260, de 11 de fevereiro de 2004.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Traumatológica Ortopédica Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 fev 2004. Seção I, p. 66 a 67. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1342&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 318, de 30 de agosto de 2006.** Designa Especialidade pela nomenclatura Fisioterapia Respiratória em substituição ao tremo estabelecido na Resolução n° 188, de 9 de dezembro de 1998 e determina outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 15 fev 2007. Seção I. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1400&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 337, de 08 de novembro de 2007.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Esportiva e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 30 jan 2008. Seção I, p. 184. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1419&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 351, de 13 de junho de 2008.** Dispõe sobre o reconhecimento da Fisioterapia do Trabalho como Especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 17 jun 2008. Seção 1, p. 59. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1610&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012

_____. **Resolução n° 362, de 20 de maio de 2009a.** Reconhece a Fisioterapia Dermato Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 jun 2009. Seção I, p. 41 a 42. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1690&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 363, de 20 de maio de 2009b.** Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 jun

2009. Seção I, p. 42. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1700&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 364, de 20 de maio de 2009c.** Reconhece a Fisioterapia Onco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 jun 2009. Seção I, p. 42. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1701&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 372, de 06 de novembro de 2009d.** Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 16 jun 2009. Seção I, p. 42. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1766&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 392, de 04 de outubro de 2011a.** Reconhece a Fisioterapia em Terapia Intensiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 05 out 2011. Seção I, p. 160. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1701&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. **Resolução n° 392, de 04 de outubro de 2011b.** Reconhece a Fisioterapia em Terapia Intensiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 05 out 2011. Seção I, p. 160. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1701&psecao=9 . Acesso em 09 de junho 2012.

_____. Estudante. Instituições diversas. IES catarinenses.
Disponível em: <
<http://www.crefito10.org.br/interna.jsp?a=estudante>>. Acesso
em 09 junho 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade dos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.1, p.84-88, jan/fev., 2006.

DIÓGENES, T.P.M; MENDONÇA, K.M.P; GUERRA, R. Dimensões da satisfação do paciente idoso brasileiro com a fisioterapia ambulatorial. **Rev. Bras Fisiot**, São Carlos, v.13, n.4, p.301-301, 2009.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In _____: **A la calidad de la atención médica:** definición y método de evaluación. La Prensa Médica Mexicana; 1984. cap. 3, p.95-157.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Patol Lab Med.**, v.114, p. 1115-1118, 1990.

_____. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. **Investigaciones sobre servicios de salud:** uma antologia. Washington (USA): Organización Panamericana de La Salud: OPAS-Public; 1992.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: _____. **Saúde e**

Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 59-81.

ESPERIDIÃO, M., TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Cienc Saude Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10 (Supl), p.303-312, 2005.

EVANS, P.J. *et al.* Evaluation of medical rehabilitation in community based rehabilitation. **Soc Sci Med.**, v. 53, n. 3. p.333-348, 2001.

FIGUEIREDO, E.M *et al.* Perfil sóciodemográfico e clínico de usuárias do serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n.2, p. 136-142, mar/abr, 2008.

FIGUEIRÓ, A.C., FRIAS, P.G., NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In:_____. **Avaliação em saúde:** conceitos operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 1, p.1-14.

FRÉZ, A.R, NOBRE, M.I.R.S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter. mov. Curitiba**, v.24, n.3, p. 419-428, 2011.

FRIAS, P.G. *et al.* atributos da qualida de em saúde. In:_____. **Avaliação em saúde:** conceitos operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 4, p.43-56.

GAVA, M. V. **Fisioterapia:** história, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2004.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.12, n.3, p. 281-296, 2009.

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

LOTH, E.A.; BERTOLINI, G. R. F. O perfil das idosas avaliadas no ambulatório de fisioterapia em geriatria da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. **Revista Reabilitar**, Curitiba, v.7, n. 26, p. 11-16, jan/mar, 2005.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, n.5, v.12, p.401-408, set/out 2008.

MARGOTTA, R. **História da medicina**. São Paulo: Manole, 1998.

MARTÍNEZ, R.. *et al.* Modelo de evaluación de la calidad de atención en los servicios de fisioterapia en un hospital. **Rev. colomb. rehabil.**, v.1, n.2.p. 89-95, 2003.

MAZER, B. *et al.* Rehabilitation services for children: therapists' perceptions. **Pediatr Rehabil**;v.9, n.4, p. 340-50, 2006.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Coleção Saúde Coletiva. Editora Casa da Saúde, 2001.

MENDONÇA, K. M. P. P; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida

da satisfação do paciente com a Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisiot.**, São Carlos, v.11, n.5, p. 369-376, 2007.

OLIVEIRA, V. E. Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. In: ___4º Encontro Nacional de Ciência política., 2004, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. **Anais 4º Encontro Nacional de Ciência Política.** Rio de Janeiro: 24 de julho de 2004.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil.** 2ed. São Paulo: Manole, 1999.

_____. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.3 [cited 2012-07-11], pp. 941-954 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000300016&lng=en&nrm=iso

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abril. 2004.

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

ROLDÁN, P. *et al.* Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. **Revista Colombia Médica**, Cali, v.32, n.1, dez, 2001.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSSO, J.A.; SILVA, R.M. Avaliação da qualidade do atendimento em Unidades Primárias de Saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de acadêmicos de Medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.35, n.2, p.47-55, 2006.

SANCHÉZ, E.L. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia, v.1, n.3, 1984.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. 2012. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2164&Itemid=448 . Acesso em: 31 julho 2012.

_____. Governo do Estado de Santa Catarina. 2013. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2164&Itemid=448 . Acesso em: 25 julho 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR 2008**. Florianópolis, 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Florianópolis, 2011.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar., 1994.

SILVA, R.S. Avaliação do serviço de fisioterapia municipal de Piúma/ES. **Perspectivas online**, v.4, n.16, out/dez 2010. Disponível em: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n16/volume4\(16\)artigo14.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n16/volume4(16)artigo14.pdf) . Acesso em: 05 maio 2011.

SOLA, J., CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada.
In: _____Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. cap.17, p.547-576.

SOUSA, A.R.B, RIBEIRO, K.S.Q.S. A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da Atenção Básica. **Rev Bras ciênc saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.3, dez, 2011.

SPEDO, S.M., PINTO, N.R.S., TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo. **Physis** , v.20, n.3, p. 953-972, 2010.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

VAITSMAN. J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VARGAS, V. Caracterización de recursos físicos y humanos en diversos servicios de rehabilitación. **Kinesiologia**, v.4, n. 76. p. 4-14, 2005.

VIANA, S.B.P. **Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família:** avaliação dos professores e egressos da Univali. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

WEDGE, F.M. *et al.* Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. **Physiother Theory Pract.**, v.28, n, 2. p.119-133, 2012.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO
CONVITE A PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO
SOBRE “MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO
ESTADO DE SANTA CATARINA”**

Através deste termo estamos convidando este serviço municipal especializado de fisioterapia para participar de um estudo sobre “MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA”. Nosso objetivo é estruturar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia, próprios e conveniados ao SUS na atenção secundária em nosso estado, através da localização, identificação e caracterização destes serviços, elaboração de indicadores para esta finalidade e avaliação do modelo junto aos serviços públicos de fisioterapia selecionados. A metodologia é pesquisa metodológica desenvolvida em 5 momentos: momento 1 com a identificação e seleção dos serviços públicos de fisioterapia através de informações obtidas no CNES e na base de dados

do Crefito-10; momento 2 de caracterização e seleção destes municípios; momento 3 será o desenvolvimento do modelo teórico-lógico de avaliação da qualidade dos serviços públicos de fisioterapia, tendo como base a literatura; momento 4 com a construção e validação da matriz avaliativa com o apoio dos especialistas e momento 5 de aplicação da avaliação nos serviços públicos de fisioterapia selecionados. Outrossim, esclarecemos que: projeto obedeceu todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC, o anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará em prejuízo a sua pessoa e/ou ao serviço municipal participante; as informações e resultados obtidos ficarão à disposição de todos os interessados; a participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus à sua pessoa ou ao serviço municipal participante. Esperamos que este estudo possa contribuir para subsidiar ações de planejamento e tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos de fisioterapia. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, _____

Documento _____ de _____ Identidade _____ nº _____
declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo “Modelo de Avaliação da Qualidade dos serviços públicos de Fisioterapia no estado de Santa Catarina”, desenvolvido sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Cristina Marino Calvo (e-mail: mcmcalvo@ccs.ufsc.br , telefone (48) 3721-9847) e responsabilidade da mestranda Gabriella de Almeida Raschke

Medeiros (e-mail: gabriella-medeiros@uol.com.br ,
fisioterapia.avaliacao@gmail.com , telefone (48) 9934-8635
 ambas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Saúde
 Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina,
 conforme objetivos e metodologia expostos.

_____, _____, _____ de
 20____.
 Município _____ dia _____ mês
 ano

Fonte: desenvolvido pelo autor

APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Pelo presente “Termo de Compromisso de Utilização de Dados”, em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, as autoras da pesquisa intitulada “MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA” vem através deste solicitar autorização e ciência para realizar a coleta de dados neste serviço especializado de fisioterapia sob sua responsabilidade.

As pesquisadoras comprometem-se em utilizar os dados coletados dos roteiros de entrevista somente para fins deste projeto e possível divulgação científica através de artigos, livros, resumos, pôsteres resguardando o anonimato dos profissionais e dos serviços especializados participantes do estudo. Outrossim comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa aos sujeitos pesquisados.

Eu, _____

Documento de Identidade nº _____, responsável pelo
serviço especializado de fisioterapia

APÊNDICE C – Instrumento de Observação da Estrutura do Centro Especializado de Fisioterapia



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

**INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS
OBSERVAÇÃO DOS CENTROS ESPECIALIZADOS
DE FISIOTERAPIA**

Este instrumento foi aplicado pela pesquisadora através da observação direta da estrutura do Centro Especializado de Fisioterapia e, teve como embasamento o Módulo I utilizado para “Entrevista na Unidade de Saúde” do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde realizado no ano de 2012.

Consta de itens de estrutura para serviços, com os itens listados abaixo:

- Acessibilidade ao Centro Especializado de Fisioterapia
- Identificação visual e sinalização das ações e serviços
- Características estruturais e ambiência
- Infraestrutura

**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DOS CENTROS
ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

A. ACESSIBILIDADE AO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Qual a forma de sinalização externa do Centro Especializado de Fisioterapia?
2. Observar, na área externa da entrada do Centro Especializado de Fisioterapia, a presença de: <input type="checkbox"/> Calçada regular na entrada <input type="checkbox"/> Tapete na entrada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antiderrapante na entrada <input type="checkbox"/> Piso regular na entrada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rampa de acesso na entrada <input type="checkbox"/> Corrimão <input type="checkbox"/> Porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas
3. Observar se na área interna, o Centro Especializado de Fisioterapia garante para idosos, pessoas com diminuição de mobilidade e/ou deficiência física: <input type="checkbox"/> Banheiros adaptados com vaso mais baixo, barras de apoio, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo <input type="checkbox"/> Banheiros adaptados com portas com abertura para fora e área que permita manobra da cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Corrimão nas dependências do Centro Especializado de Fisioterapia <input type="checkbox"/> Corredores internos adaptados para manobras da cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Portas internas adaptadas para de cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção <input type="checkbox"/> Bebedouros adaptados <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
4. Observar se o Centro Especializado de Fisioterapia garante a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva: <input type="checkbox"/> utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva

- sinalização realizada através de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da Unidade de Saúde e os serviços ofertados
- caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)
- Recursos auditivos (sonoro)
- Profissionais para acolhimento

B. IDENTIFICAÇÃO VISUAL E SINALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS

1. Observar se existem sinalizações de:
 - horário de funcionamento da unidade
 - ações/ofertas de serviços realizados pela equipe
 - ações/ofertas de serviços realizados pela equipe, de maneira que pessoas com deficiência tenham acesso
 - escala dos profissionais com nome e horário de trabalho
 - o telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, do município, da clínica
2. Observar se:
 - os profissionais do Centro Especializado de Fisioterapia estão com crachás de identificação
 - os profissionais do Centro Especializado de Fisioterapia estão com uniforme (ex:jaleco)
 - existe rotina de orientação para o usuários quanto à utilização do serviço (cartaz, termo de consentimento, cartilha)
 - disponibiliza cartilha de direitos dos usuários do SUS

C. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Sobre as características estruturais e ambiência do Centro Especializado de Fisioterapia:
 - iluminação: lâmpadas queimadas (quantas e em quais locais)
 - ventilação: presença de janelas para o espaço externo (quais locais não existe)
 - sistema interno de ventilação

<input type="checkbox"/> climatização - privacidade: está garantida nos consultórios e boxes de atendimento
2. Sobre a rede hidráulica, observar a presença de: <input type="checkbox"/> mofo nas paredes de consultórios e boxes de atendimento <input type="checkbox"/> vazamento de torneiras e vasos sanitários
3. Sobre a rede elétrica, observar a presença de: <input type="checkbox"/> fiação e tubulação aparente <input type="checkbox"/> fiação desencapada
4. Sobre a rede sanitária, observar a presença de: <input type="checkbox"/> banheiros interditados

D. INFRAESTRUTURA DO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Verificar a presença e quantidade de: <input type="checkbox"/> __recepção <input type="checkbox"/> __consultório <input type="checkbox"/> __sala de espera <input type="checkbox"/> __sala para grupos <input type="checkbox"/> __sala de reunião <input type="checkbox"/> __sala de aprendizagem <input type="checkbox"/> __sanitários para usuários: __feminino, __masculino, __fraldário <input type="checkbox"/> __sanitários para funcionários: __feminino, __masculino, __uso comum <input type="checkbox"/> __copa/cozinha <input type="checkbox"/> __almoxarifado <input type="checkbox"/> __lavanderia <input type="checkbox"/> __sala de expurgo <input type="checkbox"/> __sala de esterilização

Fonte: desenvolvido pelo autor.

**APÊNDICE D - – Instrumento de Entrevista com o
Coordenador do Centro Especializado de Fisioterapia**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

**ENTREVISTA COM COORDENADORES DE
CENTROS ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

O primeiro instrumento foi aplicado aos **Coordenadores do Centro Especializado de Fisioterapia** e, teve como embasamento o Módulo I utilizado para “Entrevista na Unidade de Saúde” do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde realizado no ano de 2012.

Consta de itens de estrutura para serviços, com os itens listados abaixo:

- Caracterização do Centro Especializado de Fisioterapia
- Recursos Humanos no Centro Especializado de Fisioterapia
- Formação e Qualificação Profissional no Centro Especializado de Fisioterapia
- Acesso ao Centro Especializado de Fisioterapia

- Planejamento da Equipe do Centro Especializado de Fisioterapia e ações de gestão para organização do processo de trabalho da equipe
- Reunião da Equipe do Centro Especializado de Fisioterapia
- Organização dos prontuários no Centro Especializado De Fisioterapia
- Pesquisa de Satisfação do Usuário
- Equipamentos de tecnologia da informação no Centro Especializado De Fisioterapia

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM
COORDENADORES DE CENTROS
ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

A. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Nome do Centro Especializado de Fisioterapia:
2. CNES:
3. Endereço:
4. Município:
5. Telefone:
6. Há quanto tempo este serviço especializado de fisioterapia está em funcionamento?
7. Há quanto tempo este serviço especializado presta atendimento ao SUS?
8. Este serviço atende outros municípios? Qual o impacto deste atendimento para o serviço? (por exemplo: há maior quantidade de faltas ao tratamento dos usuários que vem de outros municípios? Qual a periodicidade destes usuários que vem de outros municípios para realizar fisioterapia). Comparar com a PPI.
9. Qual o número de atendimentos realizados por este serviço de fisioterapia no SUS, em outros convênios, no atendimento particular? Existe demanda reprimida?
10. Este serviço de fisioterapia alimenta a base de dados do

SIA/SUS?
11. Qual a relação que este serviço mantém com a gestão municipal do SUS?

B. RECURSOS HUMANOS NO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Quantidade de profissionais que atuam neste serviço especializado (incluir os profissionais que estejam de férias e/ou licenças). Todos atendem ao SUS? Se existir outras categorias profissionais: como é o fluxo de encaminhamento para estes profissionais dentro do serviço? A quantidade de fisioterapeutas é suficiente para atender a demanda?
2. Quais especialidades de Fisioterapia são ofertadas por este serviço e quantos profissionais atuam em cada uma das áreas pelo SUS?

C. FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Há neste serviço ações de atualização, capacitação, educação permanente que envolva fisioterapeutas?
2. Quais foram as ações que a equipe participa ou participou nos últimos 12 meses?
3. Essas ações de atualização, capacitação, educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?

D. ACESSO AO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Quais os dias e horários de funcionamento deste serviço? Atende os usuários do SUS nestes períodos?
2. Quais serviços estão disponíveis aos usuários do SUS durante os horários e dias de funcionamento do Centro Especializado de Fisioterapia?
3. Qual a conduta da equipe quando o usuário procura o Centro Especializado de Fisioterapia de maneira

espontânea?
4. Quais são as formas possíveis de encaminhamento de um usuário do Centro Especializado de Fisioterapia para uma consulta especializada? E para a Atenção Básica?
5. A equipe mantém controle dos encaminhamentos dos usuários para outros pontos de atenção?
6. Como são agendadas as consultas no Centro Especializado de Fisioterapia?
7. A equipe se organiza de modo a permitir que o usuário possa escolher o profissional que vai fazer seu atendimento?
8. O município garante transporte de pacientes para tratamento de fisioterapia quando possuem dificuldade de locomoção ou vem de outras localidades?

E. PLANEJAMENTO DA EQUIPE DO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA E AÇÕES DE GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE

1. Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? Se sim, quais foram as ações de planejamento? Definir os passos do planejamento para facilitar o entendimento: levantamento de problemas, eleição de prioridades, estabelecimento de plano de ação, definição de resultados e metas para acompanhamento.
2. Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? Qual o instrumento ou fonte utilizado?
3. Os resultados da autoavaliação são ou foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
4. O serviço conhece as metas contratualizadas? Acompanha essas metas? Sabe se foram alcançadas no último ano? Se não foram, por que?

F. REUNIÃO DA EQUIPE DO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

- | |
|--|
| 1. Os profissionais do Centro Especializado de Fisioterapia realizam reunião de equipe? São reuniões por área de atuação ou com todos os profissionais do serviço? |
| 2. Qual a periodicidade das reuniões? |
| 3. Quais são os temas das reuniões de equipe? |

G. ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS NO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

- | |
|--|
| 1. Como estão organizados os prontuários dos usuários do Centro Especializado de Fisioterapia? Existência, tipo (manual, computador, rede), agrupamento (se fica com outras especialidades), onde arquiva, como faz a preservação. |
| 2. Existe um modelo padrão para o preenchimento da primeira folha dos prontuários individuais? |

H. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

- | |
|--|
| 1. A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões no Centro Especializado de Fisioterapia? |
| 2. Quais os canais de comunicação disponibilizados? |
| 3. A equipe do Centro Especializado de Fisioterapia realiza pesquisa de satisfação do usuário? |
| 4. Há encaminhamento das demandas recebidas para os responsáveis? |
| 5. A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho? |

EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

- | |
|--|
| 1. Existe computador com acesso à internet disponível aos profissionais? |
|--|

Fonte: desenvolvido pelo autor.

**APÊNDICE E – Instrumento de Entrevista com o
Fisioterapeuta do Centro Especializado de
Fisioterapia**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

**ENTREVISTA COM O FISIOTERAPEUTA DOS
CENTROS ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

Este instrumento foi aplicado com os Fisioterapeutas que trabalham nos Centros Especializados de Fisioterapia (serviços públicos próprios e serviços conveniados aos SUS) e, teve como embasamento o Módulo II utilizado para “Entrevista com Profissional da Equipe e Atenção Básica e verificação de Documentos na Unidade de Saúde” do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde realizado no ano de 2012.

Consta de itens relativos ao trabalho de fisioterapia, com os itens listados abaixo:

- Vínculo empregatício
- Plano de carreira
- Formação e qualificação dos profissionais

- Equipamentos, materiais e insumos
- Organização do trabalho
- Ações de educação em saúde
- Resultados

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O
FISIOTERAPEUTA DOS CENTROS
ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

A. VÍNCULO EMPREGATÍCIO

1.	Qual é o seu agente contratante?
2.	Qual é seu tipo de vínculo?
3.	Qual a forma de ingresso?
4.	Qual sua carga horária de trabalho semanal neste serviço?
5.	Qual sua faixa de salário? () 1 a 3 SM; () 4 a 6 SM; () 7 a 10 SM; () + 10 SM.

B. PLANO DE CARREIRA

1.	Você tem plano de carreira?
2.	No plano tem progressão por tempo de serviço?
3.	No plano tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou produtividade?
4.	No plano tem progressão por titulação e formação profissional?
5.	Você tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho (participação nos lucros)?

**C. FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DO CENTRO ESPECIALIZADO DE
FISIOTERAPIA**

1.	Você possui ou está em formação complementar?
2.	Quais processos de formação complementar você possui?

D. EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E INSUMOS

1.	Você sente falta de algum equipamento para sua prática
----	--

profissional?
2. Você sente falta de algum insumo para sua prática profissional?

E. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

1. Quanto tempo você atua neste Centro Especializado de Fisioterapia? Em qual especialidade?
2. Atua em outros serviços?
3. Qual sua jornada semanal de trabalho em outros serviços de Fisioterapia?
4. Qual o número de usuários que você atende por turno?
5. Qual a quantidade de atendimentos por dia que você realiza pelo SUS, outros convênios e particular?
6. Quanto tempo dura o atendimento de fisioterapia por usuário?
7. Quais são os exames solicitados pelo profissional?
8. Quanto tempo leva, em média, para que estes exames fiquem prontos? Em geral, é tempo suficiente para o paciente ainda estar em atendimento?
9. Com que frequência os profissionais do Centro Especializado de Fisioterapia entram em contato com os profissionais da Atenção Básica para trocar informações sobre os usuários encaminhados? Como isto é feito? Este contato é feito durante o tratamento ou na alta?
10. Com que frequência os profissionais do Centro Especializado de Fisioterapia entram em contato com os profissionais especialistas para trocar informações sobre os usuários encaminhados? Como isto é feito? Este contato é feito durante o tratamento ou na alta?
11. Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? Se sim, qual o fluxo institucional de comunicação? Há referência e contrarreferência estabelecidas? Como é feita a contrarreferência?
12. Há uma lista de contato no Centro Especializado de Fisioterapia com os especialistas da Rede SUS, com telefone

e/ou e-mail?

13. Há uma lista de contato no Centro Especializado de Fisioterapia com as UBS da Rede SUS, com telefone e/ou e-mail?

F. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. São realizadas ações educativas ou de promoção da saúde oferecidas pelo Centro Especializado de Fisioterapia. Quais são as ações?

2. Quantos atendimentos, em média, são realizados de ações educativas ou de promoção da saúde?

3. Este Centro Especializado de Fisioterapia fornece aos usuários material educativo?

4. Qual sua percepção quanto à resolutividade das ações educativas ou de promoção da saúde?

G. RESULTADOS

1. Quais são os critérios que você utiliza para a alta fisioterapêutica?

2. Qual a média de sessões realizadas desde o início até a alta do tratamento? Há uma regra de número máximo ou mínimo de sessões ou isso é adaptável para cada caso? Exemplificar. Quem define essas regras?

3. São entregues orientações impressas, educativas e de continuidade de tratamento, específicas ao paciente no momento da alta?

4. Você organiza sua agenda para fazer consultas de reavaliação dos pacientes após a alta? Como é feito e com qual periodicidade?

5. Você se sente satisfeito com seu trabalho neste Centro Especializado de Fisioterapia? Se sim, por que? Se não, por que? O que poderia mudar para melhorar sua satisfação? Quais as limitações para essa mudança?

Fonte: desenvolvido pelo autor.

**APÊNDICE F – Instrumento de Entrevista com Usuário
de Centro Especializado de Fisioterapia**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

**ENTREVISTA COM USUÁRIO DOS CENTROS
ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA**

Este instrumento foi aplicado com os **Usuários do Centro Especializado de Fisioterapia** e teve como embasamento o Módulo III utilizado para “Entrevista da Unidade de Saúde como Usuário” do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde realizado no ano de 2012 e também o instrumento desenvolvido e validado por Machado, NP; Nogueira. LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008.

Consta dos itens listados abaixo:

- Identificação do usuário
- Acesso aos serviços de saúde

- Marcação de consultas no Centro Especializado de Fisioterapia
- Acolhimento
- Atenção à saúde
- Diagnóstico por especialidade
- Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado
- Satisfação do usuário
- Mecanismos de participação e interação do usuário

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIO DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA

A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. Nome:
2. Endereço:
3. Município:
4. Sexo: masculino feminino
5. Idade: anos completos
6. Cor/raça: branca preta amarela
 parda/mestiça indígena
7. Estado civil: solteiro casado/união
 separado/divorciado viúvo
8. Escolaridade: anos completos de estudo
9. Profissão/ocupação:
10. Renda familiar: até 1 SM 1 a 3 SM
4 a 6 SM 7 a 10 SM acima de 10 SM
11. Você possui Plano de Saúde? sim não não sabe/não respondeu
12. O seu plano cobre os atendimentos de fisioterapia?
 sim não não sabe/não respondeu
)não se aplica

B. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. A distância da sua casa até o Centro Especializado de Fisioterapia é:

perto razoável longe não soube/não respondeu

2. Qual é o meio de transporte que você utiliza para vir até a Fisioterapia: transporte próprio transporte coletivo

transporte da prefeitura caminhando outros

3. O horário que seu atendimento de Fisioterapia foi marcado/agendado, atende às suas necessidades? sim não não sabe/não respondeu

3.1. Se não, por que?

C. MARCAÇÃO DE CONSULTAS NO CENTRO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA

1. Na maioria das vezes, como se faz para marcar consulta no Centro Especializado de Fisioterapia?

você marca por telefone

você vai ao Centro Especializado de Fisioterapia para marcar

a marcação é feita pela unidade de saúde

outros

2. Em geral, a marcação de consultas neste Centro Especializado de Fisioterapia pode ser feita:

2.1 Quanto ao dia: todos os dias da semana

apenas alguns dias da semana

não sabe/não respondeu

não se aplica

2.2 Quanto ao horário: a qualquer hora do dia

somente em alguns

horários

não sabe/não respondeu

não se aplica

3. Quanto tempo demorou para fazer a primeira consulta de Fisioterapia neste centro? dias

4. Sua consulta no centro é: com hora marcada com turno definido

por ordem de chegada encaixe outros

5. Quantas sessões de fisioterapia você já realizou neste serviço? ()
6. Você já precisou reiniciar o tratamento de fisioterapia por causa de um mesmo problema de saúde? ()
sim () não
7. O fisioterapeuta que lhe atende, entregou algum tipo de material explicativo de cuidado à saúde? (folder, panfleto, orientações de exercícios/alongamentos)? () sim () não

D. ACOLHIMENTO

- 1) As orientações que os profissionais lhe oferecem, atendem às suas necessidades? () sim, sempre () sim, algumas vezes
() não () não sabe/não respondeu
- 2) Você se sente respeitado pelos profissionais que trabalham neste Centro Especializado de Fisioterapia em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião? () sim, sempre () sim, algumas vezes
() não () não sabe/não respondeu
- 3) O fisioterapeuta que lhe atende, costuma atrasar? () sim, sempre
() sim, algumas vezes () não () não sabe;não respondeu

E. ATENÇÃO À SAÚDE

- 1) O consultório para atendimento é um lugar reservado, tem privacidade? () sim () não () não sabe/não respondeu
- 2) Nas consultas, o fisioterapeuta faz o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar? () sim, sempre () sim, algumas vezes
() quase nunca () nunca
() não sabe/não respondeu
- 3) Durante as consultas, com qual frequência você é orientado pelo fisioterapeuta sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: necessidade de repouso, necessidade de alongamentos, alimentação adequada, prática de exercício físico, entre outros)?

- () sempre () algumas vezes () quase nunca
 () nunca () não sabe/não respondeu
- 4) Durante as consultas, você é orientado pelo fisioterapeuta sobre os sinais que indicam que você está melhorando ou piorando?
 () sim, sempre () sim, algumas vezes () quase nunca
 () nunca () não sabe/não respondeu
- 5) Nas consultas, o fisioterapeuta faz anotações em seu prontuário ou ficha? () sim, sempre () sim, algumas vezes () quase nunca
 () nunca () não sabe/não respondeu
- 6) O fisioterapeuta faz perguntas sobre outras necessidades de saúde que você tenha ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?
 () sim, sempre () sim, algumas vezes () quase nunca
 () nunca () não sabe/não respondeu
- 7) Durante as consultas, o fisioterapeuta sugere soluções adequadas a sua realidade? Exemplo: condições financeiras para garantir que o tratamento seja feito? () sim, sempre () sim, algumas vezes () quase nunca
 () nunca () não sabe/não respondeu

F. DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE

- 1) Qual foi o profissional que encaminhou você para fazer fisioterapia?
 () Médico da UBS () Outro médico da rede SUS () Enfermeiro da UBS
 () Médico Especialista do convênio () Enfermeiro do convênio
 () Médico especialista particular () Outro profissional particular
 () Demanda espontânea
- 2) Qual especialidade: _____
- 3) Você sabe qual é o seu diagnóstico clínico/médico que o fez procurar auxílio na Fisioterapia? () sim, qual? _____ () não

- 4) Na sua primeira consulta com o fisioterapeuta, foi realizada a avaliação fisioterapêutica? Entende-se por avaliação cinético funcional a realização pelo fisioterapeuta da avaliação o estado funcional do cliente a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, observação e leitura de de exames laboratoriais e de imagens, realização da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas (COFFITO, 2013)¹ sim não não sabe/não respondeu
- 5) Na sua primeira consulta com o fisioterapeuta, você já tinha feito exames complementares relacionados com o seu problema de saúde a ser tratado? sim não
- 6) Foi solicitado que você trouxesse os exames na consulta? sim não
- 6.1) Se sim, os exames estavam com você na consulta? sim
(..) não, estavam em casa não estavam prontos não se aplica
- 6.2) Se não, foi solicitada realização de exames pelo fisioterapeuta? sim
 não não se aplica
- 7) De que tipo era o seu exame complementar? Raio-X Ultra-som
 RNM, TC exames laboratoriais (ex:hemograma, urina e outros)
 não sabe/não respondeu
- 8) Você mostrou estes exames ao fisioterapeuta sim não
- 9) O fisioterapeuta explicou a você o resultado do (s) exames (s)?
 sim não não se aplica
- 10) Na sua opinião, como foi a explicação do fisioterapeuta?
 muito bom bom regular ruim muito ruim
 não sabe/não respondeu não se aplica
- 11) Você sabe em quais especialidades da fisioterapia você realiza seu tratamento: sim não

12) Se sim, em qual? Você pode marcar mais de uma opção:

Acupuntura Dermato-Funcional Esportiva Neuro-Funcional

Onco-Funcional Respiratória Traumatologia-ortopédica

Osteopatia e Quiropraxia Saúde da Mulher

13) O fisioterapeuta desta equipe forneceu explicações a você sobre como será prestado o tratamento de Fisioterapia? sim não

14) Foi assinado um termo de consentimento para o tratamento?

sim não

15) Você tem confiança no atendimento prestado pelo fisioterapeuta que lhe atende? sim não

16) Você considera que os resultados foram/estão sendo alcançados com o tratamento de Fisioterapia? sim, completamente sim, parcialmente

não estão sendo alcançados não sabe/não respondeu

G. VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

1) Durante o atendimento, o fisioterapeuta deixa tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas? sim, sempre

sim, algumas vezes não não sabe/não respondeu

2) Na maioria das vezes, quanto tempo dura a consulta de fisioterapia?

minutos

3) Você é atendido pelo mesmo fisioterapeuta? sim, sempre

sim, algumas vezes quase nunca nunca

4) Qual o nome do fisioterapeuta que lhe atende? _____

5) O fisioterapeuta lhe chama pelo nome? sim não

6) Você já interrompeu o tratamento por algum motivo ou faltou à alguma consulta de fisioterapia? () sim () não () não sabe/não respondeu

6.1) Se sim, os profissionais procuraram você para saber o que aconteceu e retomar o tratamento? () sim () não () nunca abandonou/faltou

() não sabe/não respondeu

6.2) Como lhe procuraram? () foram até sua casa () por telefone

() por carta/e-mail () outros () não se aplica

H. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

1) Durante seu atendimento neste Centro Especializado de Fisioterapia, já ocorreu a falta de material ou equipamento? () sim () não

() não sabe/não respondeu

1.1) Se sim, esta situação costuma prejudicar o seu atendimento?

() sim, sempre () sim, algumas vezes () quase nunca () nunca

() não sabe/não respondeu () não se aplica

2) De forma geral, o que você acha das instalações deste Centro Especializado de Fisioterapia? Marcar cada item com SIM ou NÃO:

() estão em boas condições de uso

() estão em boas condições de limpeza

3) Na sua opinião, o cuidado que você recebe pelo fisioterapeuta é:

() muito bom () bom () regular () ruim () muito ruim

() não sabe/não respondeu

4) Caso você tivesse opção, mudaria o fisioterapeuta que lhe atende?

() sim, por que? _____

() não

5) Você recomendaria este Centro Especializado de Fisioterapia para amigos ou familiares? () sim, () não

6) De zero a dez, qual nota você atribui para a sua satisfação com o cuidado recebido por esta equipe? () nota

IMECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E INTERAÇÃO DO USUÁRIO

1) Existe neste Centro Especializado de Fisioterapia alguma forma/maneira de você fazer sugestões ou reclamações? () sim () não () não sabe/não respondeu

2) Você já fez alguma sugestão ou reclamação? () sim () não () não sabe/não respondeu

2.1) Se sim, você teve algum retorno?

() sim, rapidamente () sim, demorou () não obteve retorno

() nunca fez reclamação ou sugestão () não sabe/ não respondeu

3. Você sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações? () sim () não () não sabe/não respondeu

4. Você sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Ministério da Saúde? () sim () não () não sabe/não respondeu

Fonte: desenvolvido pelo autor.

APÊNDICE G – Matriz Avaliativa

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA	
DIMENSÃO	ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA
Sub-dimensão Acessibilidade	O Centro Especializado de Fisioterapia deve propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida com garantia de utilização autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário
Área externa	<u>Descrição:</u> faz parte da acessibilidade que a área externa garanta segurança aos usuários, apresentando calçada e piso regulares na entrada, rampa de acesso e corrimão <u>Medida:</u> segurança da área externa <u>Cálculo:</u> observação <u>Fonte:</u> questão A2 Instrumento de Observação
Área interna	<u>Descrição:</u> garantia de fácil acesso e deslocamento para idosos, pessoas com diminuição de mobilidade e/ou portadora de deficiência, apresentando: banheiros adaptados, corrimão nas dependências da clínica, corredores internos adaptados para cadeira de rodas, bebedouros adaptados e cadeira de rodas disponível para usuário <u>Medida:</u> segurança da área interna <u>Cálculo:</u> observação <u>Fonte:</u> questão A3 Instrumento de Observação
Acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência	<u>Descrição:</u> devem ser consideradas as sinalizações de ambientes e as formas de comunicação que permitam aos usuários que não sabem ler, com diminuição de visão e/ou audição e com deficiência visual e/ou auditiva tenham acesso aos ambientes por meio de: sinalização através de textos ou figuras (visual),

	<p>caracteres em relevo (Braille ou figuras em relevo tátil), recursos auditivos (sonora) e profissional para acolhimento</p> <p><u>Medida:</u> ambiente acessível às pessoas portadoras de deficiência</p> <p><u>Cálculo:</u> observação</p> <p><u>Fonte:</u> questão A4 Instrumento de Observação</p>
Sub-dimensão Recursos Humanos	<p>Faz parte da atribuição do gestor do serviço (público ou credenciado ao SUS) garantir suficiência de profissionais para atendimento da demanda, oferecer cursos de capacitação e/ou educação permanente, dispor de condições dignas de trabalho e remuneração, sendo estas consideradas essenciais para a valorização e fixação do profissional</p>
Equipe	<p><u>Descrição:</u> A existência de uma equipe com número suficiente de fisioterapeutas para atendimento da demanda é fundamental para uma assistência de qualidade e adequada às necessidades da população</p> <p><u>Medida:</u> suficiência de fisioterapeutas para atendimento da demanda do SUS atuando no Centro Especializado de Fisioterapia</p> <p><u>Cálculo:</u> a quantidade de fisioterapeutas que atuam no serviço especializado é suficiente para atender a demanda do SUS? 1 Sim / 2 Não</p> <p><u>Fonte:</u> questão B4 Instrumento do Coordenador</p>
Qualificação	<p><u>Descrição:</u> o gestor de um serviço especializado (público ou credenciado ao SUS) deve buscar uma situação ideal em que todo o pessoal envolvido na atenção seja especificamente formado para essa atuação</p> <p><u>Medida:</u> percentual de fisioterapeutas com pós-graduação concluída atuando no Centro Especializado de Fisioterapia</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de fisioterapeutas com pós-graduação concluída / número total de</p>

	<p>fisioterapeutas que atuam no serviço x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão C1 Instrumento do Fisioterapeuta</p>
Educação permanente	<p><u>Descrição:</u> o serviço deve oferecer condições para a atualização, capacitação e/ou educação permanente que possibilite a qualificação do exercício profissional do fisioterapeuta perante suas ações e as da equipe. Considera-se que o serviço deva disponibilizar, no mínimo, uma destas ações no período de um ano</p> <p><u>Medida:</u> ações de atualização, capacitação e educação permanente para fisioterapeutas nos últimos 12 meses</p> <p><u>Cálculo:</u> existência de qualificação profissional nos últimos 12 meses: 1 Sim / 2 Não</p> <p><u>Fonte:</u> questão C1 Instrumento do Coordenador</p>
Garantias trabalhistas	<p><u>Descrição:</u> o agente contratante deve garantir ao fisioterapeuta vínculo de trabalho que favoreça o provimento e fixação do profissional, como registro na carteira de trabalho, carga horária máxima de 30 h/semanais, faixa salarial condizente com a região/município de atuação, existência de PCCSs ou progressão funcional</p> <p><u>Medida:</u> existência de garantias trabalhistas aos fisioterapeutas</p> <p><u>Cálculo:</u> () Existência de PCCSs e/ou de programa de progressão funcional implantados no serviço; () Carga horária máxima de trabalho 30h/semanais, () Existência de vínculo empregatício seguro e estável; () faixa salarial igual ou superior ao piso estipulado pelo Fenafito</p> <p><u>Fonte:</u> questões A2, A4, A5, B1, B2 B3, B4 e B5 Instrumento do Fisioterapeuta</p>
Sub-dimensão Infra Estrutura	<p>A otimização das ações em saúde é favorecida quando a infra estrutura considera o processo de trabalho e o fluxo de pessoas circulantes na unidade. Equipamentos, materiais e insumos da</p>

	prática fisioterápica com boa qualidade, em quantidade e variedade suficientes para suprir a demanda, conforto e ambiência constituem bons indicadores da qualidade e satisfação do serviço prestado
Equipamentos e materiais	<p><u>Descrição:</u> para que o conjunto de ações e serviços ofertados pelo Centro Especializado de Fisioterapia se configure com qualidade, é fundamental a existência de materiais, equipamentos e insumos em quantidade e variedade suficientes para suprir às demandas da população assistida</p> <p><u>Medida:</u> suficiência de materiais, equipamentos e insumos em quantidade e variedade adequados às necessidades do fisioterapeuta</p> <p><u>Cálculo:</u> () Materiais e equipamentos em quantidade e variedade suficientes; () insumos em quantidade suficiente; 1 Sim / 2 Não</p> <p><u>Fonte:</u> questões D1 e D2 Instrumento do Fisioterapeuta</p>
Tecnologia da informação	<p><u>Descrição:</u> a existência de computador conectado à internet e de livre acesso aos fisioterapeutas possibilita a resolução rápida de dúvidas, orientações para auto-cuidado do usuário, resultando na assistência fisioterápica de maior resolutividade</p> <p><u>Medida:</u> existência de computador com acesso à internet para uso dos profissionais</p> <p><u>Cálculo:</u> existência de computador com acesso à internet para uso dos profissionais: 1 sim / 2 não</p> <p><u>Fonte:</u> questão I1 Instrumento do Coordenador</p>
Ambiente	<p><u>Descrição:</u> para que o Centro Especializado de Fisioterapia seja um ambiente saudável e confortável existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, como ventilação através de janelas ou exaustores, climatização para adequação da</p>

	<p>temperatura, espaços claros e iluminados, instalações elétricas que não evidenciem fiação desencapada e tubulação aparente, rede hidráulica com manutenção periódica e sem sinais de mofo e vazamentos, rede sanitária sem a existência de banheiros interditados e, privacidade garantida nos consultórios e boxes de atendimento</p> <p><u>Medida:</u> adequação do ambiente</p> <p><u>Cálculo:</u> observação</p> <p><u>Fonte:</u> questões C1, C2, C3 e C4 Instrumento de Observação</p>
Área física	<p><u>Descrição:</u> a área física de um Centro Especializado de Fisioterapia, além de dispor de consultórios, boxes e ginásio de cinesioterapia contempla também espaços para funções administrativas, de circulação de usuários e integração profissional. Nestes espaços é importante definir sua finalidade e uso, caracterizando os ambientes para o desenvolvimento de todas estas ações, que incluem os espaços de: recepção destinada à informação, registro, agendamento de consultas e arquivamento de prontuário; consultório destinado à avaliação e atendimento individual com mesa de escritório, maca e cadeiras para o usuário e acompanhante; sala de espera deve ser um ambiente confortável com adequações de luminosidade, temperatura, ruídos e posicionamento dos assentos para proporcionar interação entre os usuários; sala de reunião ou grupos; sanitário para usuário separado por sexo; sanitário para funcionário separado por sexo e com armário/box individual; fraldário; copa/cozinha e lavanderia</p> <p><u>Medida:</u> adequação da área física</p> <p><u>Cálculo:</u> observação</p>

	<u>Fonte:</u> questão D1 Instrumento de Observação
Sub-dimensão Sinalização	É importante que a placa de sinalização do Centro Especializado de Fisioterapia esteja em local visível para facilitar a identificação do serviço pelos usuários
Externa	<u>Descrição:</u> a sinalização externa deve estar em local visível e ser de fácil leitura <u>Medida:</u> existência de sinalização externa adequada <u>Cálculo:</u> observação <u>Fonte:</u> questão A1 Instrumento de Observação
Interna	<u>Descrição:</u> a sinalização interna deve instruir os usuários sobre o horário de funcionamento, as ações e serviços realizados pela equipe, a escala dos profissionais e o telefone da ouvidoria da saúde <u>Medida:</u> existência de sinalização interna adequada <u>Cálculo:</u> observação <u>Fonte:</u> questão B1 Instrumento de Observação
Profissionais	<u>Descrição:</u> utilização de métodos que possibilitam o usuário identificar o fisioterapeuta que cuida da sua saúde, como crachá e jaleco <u>Medida:</u> existência de adequada identificação dos fisioterapeutas <u>Cálculo:</u> observação <u>Fonte:</u> questões B2a e B2b Instrumento de Observação
DIMENSÃO	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
Sub-dimensão Ações de Suporte	Para que a equipe tenha êxito na assistência e no acompanhamento do paciente que busca pela fisioterapia, é preciso implementar ferramentas de suporte que qualificam a organização do trabalho da equipe
Planejamento	<u>Descrição:</u> a realização do planejamento com levantamento de problemas e definição de

	<p>prioridades permite que a equipe se comprometa com o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando o aprimoramento constante do processo de trabalho. Considera-se, minimamente, uma reunião para planejamento anual das atividades</p> <p><u>Medida:</u> realização de planejamento nos últimos 12 meses</p> <p><u>Cálculo:</u> realização de ações de planejamento nos últimos 12 meses: 1 sim / 2 não</p> <p><u>Fonte:</u> questão E1 Instrumento do Coordenador</p>
Reunião de equipe	<p><u>Descrição:</u> a reunião de equipe é uma ferramenta que possibilita reflexão sobre a prática, definição das ações e intervenções a serem realizadas e a troca de experiências entre os profissionais. Para esta finalidade, sua periodicidade mínima de uma reunião bimestral</p> <p><u>Medida:</u> realização de reunião de equipe</p> <p><u>Cálculo:</u> realização de reunião de equipe com periodicidade mínima bimestral: 1 sim / 2 não</p> <p><u>Fonte:</u> questões F1 e F2 Instrumento do Coordenador</p>
Pesquisa de satisfação do usuário	<p><u>Descrição:</u> tem por objetivo recolher informações sobre o público atendido, encaminhar suas demandas aos responsáveis e tomar decisões que considerem a opinião dos usuários para aprimoramento do processo de trabalho. Além de fortalecer a gestão democrática e o controle social, a pesquisa de satisfação é entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde</p> <p><u>Medida:</u> pesquisa de satisfação do usuário</p> <p><u>Cálculo:</u> a pesquisa de satisfação contempla: () a equipe disponibiliza canais de comunicação para que o usuário expresse suas demandas, () a equipe realiza pesquisa de satisfação do usuário,</p>

	<p>() a equipe considera a opinião do usuário para reorganização e qualificação do processo de trabalho</p> <p><u>Fonte:</u> questões H1, H3 e H5 Instrumento do Coordenador</p>
Ouidoria	<p><u>Descrição:</u> todo usuário do SUS, seja de serviço público ou credenciado, tem direito de acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias através da ouvidoria da saúde. Este canal de comunicação deve estar fixado nas paredes ou mural do Centro Especializado de Fisioterapia em local de fácil visualização pelo usuário</p> <p><u>Medida:</u> percentual de usuários que sabem da existência do telefone da ouvidoria ou central de reclamações</p> <p><u>Cálculo:</u> (número total de usuários que sabem da existência do telefone da ouvidoria ou central de reclamações + número total de usuários que sabem da existência do telefone da ouvidoria ou central de reclamações do MS/2) / número total de usuários 100</p> <p><u>Fonte:</u> questões I3 e I4 Instrumento do Usuário</p>
Organização dos prontuários	<p><u>Descrição:</u> é assegurado aos usuários do SUS o registro em prontuário das informações referentes a todo o processo de assistência à saúde. Num Centro Especializado de Fisioterapia espera-se encontrar a existência de prontuários individuais com alguma ordem para agrupamento (alfabética, numérica), que esteja assegurada a sua guarda e confidencialidade e que haja padronização para o preenchimento da primeira folha</p> <p><u>Medida:</u> existência de organização dos prontuários</p> <p><u>Cálculo:</u> organização é dada por: () existência de prontuário, () existe padronização para o</p>

	preenchimento da primeira folha <u>Fonte:</u> questões G1 e G2 Instrumento do Coordenador
Sub-dimensão Condições para Atendimento	Reflete os aspectos logísticos enfrentados pelo usuário para iniciar o tratamento de fisioterapia, ao mesmo tempo em que demonstra a preparação do Centro Especializado de Fisioterapia para receber os usuários que necessitam dos seus serviços e profissionais
Agendamento	<u>Descrição:</u> espera-se que as consultas especializadas sejam agendadas/marcadas pela Atenção Básica através da Central de Regulação, conforme preconizado pela Política Nacional de Regulação do SUS. Caso esta forma de agendamento não esteja implantada no serviço, considera-se adequado que o usuário possa fazê-lo diretamente no Centro Especializado de Fisioterapia sem restrição de dias e horários. Para ambos os casos, estima-se que o tempo médio para início da primeira consulta não ultrapasse 30 dias <u>Medida:</u> Percentual de agilidade no agendamento das consultas de fisioterapia <u>Cálculo:</u> <u>Fonte:</u> questões C1, C2 e C3 Instrumento do Usuário
Acolhimento	<u>Descrição:</u> ação técnico-assistencial que analisa o processo de trabalho em saúde com foco nas relações entre profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional resgatando os laços humanitários e de solidariedade. Ao fisioterapeuta cabe oferecer orientações adequadas à necessidade e dentro da realidade do usuário, reconhecendo-o como participante da sua produção de saúde <u>Medida:</u> percentual de orientações adequadas às necessidades dos usuários

	<p><u>Cálculo:</u> ((número total de usuários que as orientações sempre atendem as necessidades + número total de usuários que as orientações algumas vezes atendem as necessidades) / número total de usuários *100</p> <p><u>Fonte:</u> questão D1 Instrumento do Usuário</p>
Sub-dimensão Atuação Profissional	<p>Demonstra as rotinas estabelecidas pelos fisioterapeutas, pela equipe e pelo setor administrativo para garantir uma assistência de saúde em conformidade com os princípios do SUS</p>
Atendimento	<p><u>Descrição:</u> compete ao exercício profissional, na busca da qualidade da assistência ofertada, que o fisioterapeuta realize a avaliação cinético funcional e elabore o programa de tratamento adequado às necessidades do paciente; zele pela provisão e manutenção adequada desta assistência por meio de anotações no prontuário, prescrição e acompanhamento de exames complementares; informações ao paciente sobre seu diagnóstico, prognóstico e os objetivos do tratamento; orientações sobre cuidados para se recuperar, questionar sobre outras necessidades de saúde e, atender um quantitativo máximo de pacientes por turno de trabalho conforme preconizado nos Parâmetros Assistenciais da profissão</p> <p><u>Medida:</u> existência de adequação da assistência fisioterápica</p> <p><u>Cálculo:</u> a adequação da assistência envolve: () atendimento máximo de 12 pacientes por turno de 30 horas ou 8 pacientes por turno de 20 horas, () atendimento com duração mínima de 30 minutos por paciente</p> <p><u>Fonte:</u> questões E4, E6 e G4 Instrumento do Fisioterapeuta, E1, E2, E3, E4, E5, E5, F4, F5, F6, F8 e F9 Instrumento do Usuário</p>

<p>Coordenação do cuidado</p>	<p><u>Descrição:</u> a relação entre fisioterapeuta e paciente construída com confiança, escuta atenta e reciprocidade são fatores fundamentais para a formação de vínculo, adesão ao tratamento e participação ativa do paciente no seu processo de recuperação. Num Centro Especializado de Fisioterapia espera-se que o usuário seja atendido, sempre ou na maioria das vezes, pelo mesmo profissional; que o usuário saiba o nome do fisioterapeuta que o atende, assim como o fisioterapeuta chame o usuário pelo seu nome; que a consulta tenha duração mínima de 30 minutos e que a equipe procure saber os motivos que levaram o usuário faltar ou abandonar o tratamento</p> <p><u>Medida:</u> existência de ações que garantem à coordenação do cuidado</p> <p><u>Cálculo:</u></p> <p><u>Fonte:</u> questões G2, G3, G4, G5 e G6 Instrumento do Usuário</p>
<p>Encaminhamento</p>	<p><u>Descrição:</u> não basta que o serviço especializado de fisioterapia tenha equipamentos de boa qualidade e equipe suficiente. Faz-se necessário que a equipe conheça e utilize os serviços de referência disponíveis visando à continuidade da atenção, como listagem (telefone, e-mail) das unidades básicas de saúde e dos especialistas da rede SUS e fluxo de comunicação com a equipe de atenção básica e com os especialistas da rede</p> <p><u>Medida:</u> responsabilidade pelo encaminhando do paciente para outros níveis de atenção</p> <p><u>Cálculo:</u> () contato com os profissionais da Atenção Básica para troca de informações sobre pacientes encaminhados, () contato com profissionais especialistas da Rede SUS para troca de informações sobre pacientes encaminhados, () existência de lista de contato</p>

	<p>das UBS, () existência de lista de contato dos especialistas da Rede SUS</p> <p><u>Fonte:</u> questões E9, E10, E11, E12 e E13 Instrumento do Fisioterapeuta</p>
Educação em saúde	<p><u>Descrição:</u> a lógica de atenção à saúde preconizada pelos SUS não basta oferecer apenas tratamento adequado ao usuário, passa a ser fundamental que os usuários e seus familiares estejam aptos a promover, prevenir e recuperar a saúde em domicílio, a incorporar mudanças no espaço de trabalho e promover atividades de lazer. Realização de ações educativas e de promoção da saúde, confecção/entrega de material educativo e da cartilha de direitos dos usuários do SUS precisam estar incorporados na dinâmica de trabalho do Centro Especializado de Fisioterapia</p> <p><u>Medida:</u> oferta de ações de educação em saúde</p> <p><u>Cálculo:</u> () realização de ações de educativas ou de promoção da saúde ofertadas pelo serviço, () quantidade de atendimentos realizados com ações de educação ou promoção da saúde pelo serviço, () fornecimento de material educativo aos usuários, () disponibiliza cartilha de direitos dos usuários do SUS</p> <p><u>Fonte:</u> questões F1, F2 e F3 Instrumento do Fisioterapeuta, B2d Instrumento de Observação</p>
DIMENSÃO SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	
Horário atende às necessidades	<p><u>Descrição:</u> o atendimento em horários adequados à necessidade do usuário amplia o acesso e a adesão ao tratamento</p> <p><u>Medida:</u> percentual de adequação do horário de atendimento de fisioterapia às necessidades do usuário</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários com horário de atendimento adequado às suas necessidades / número total de usuários x 100</p>

	<p><u>Fonte:</u> questão B3 Instrumento do Usuário</p>
Respeito da equipe	<p><u>Descrição:</u> quando o usuário se sente respeitado quanto aos seus hábitos culturais, religiosos e costumes, o vínculo com o fisioterapeuta é intensificado e a motivação para o cuidado com sua saúde aumentada</p> <p><u>Medida:</u> percentual de usuários que se sentem respeitados pelos profissionais que atuam no serviço em relação aos hábitos culturais, costumes e religião</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários que se sentem sempre respeitados + número total de usuários que se sentem algumas vezes respeitados/ número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão D2 Instrumento do Usuário</p>
Sugestões adequadas à realidade	<p><u>Descrição:</u> não é suficiente que o fisioterapeuta prescreva orientações ou sugira a compra de materiais como medida de educação em saúde e auto-cuidado, especialmente se estas estiverem fora da realidade econômica e social do usuário</p> <p><u>Medida:</u> percentual de usuários que recebem do fisioterapeuta orientações/sugestões adequadas à sua realidade</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários que sempre recebem orientações ou sugestões adequadas à sua realidade + número total de usuários que algumas vezes recebem orientações ou sugestões adequadas à sua realidade/ número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão E7 Instrumento do Usuário</p>
Explicação sobre atendimento	<p><u>Descrição:</u> é direito do usuário receber explicações claras sobre a prestação da assistência fisioterápica no que se refere ao diagnóstico, prognóstico e os objetivos do tratamento, orientações do serviço sobre faltas às consultas, vestimenta adequada, necessidade de acompanhante entre outras que se fizerem</p>


	<p>necessárias</p> <p><u>Medida:</u> Percentual de usuários que receberam explicação sobre a forma de prestação do atendimento de fisioterapia</p> <p><u>Cálculo:</u> Número total de usuários que receberam explicação sobre a forma de prestação do atendimento de fisioterapia / Número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão F13 Instrumento do Usuário</p>
Confiança no atendimento	<p><u>Descrição:</u> a confiança referida pelo usuário demonstra envolvimento e responsabilização do fisioterapeuta na condução do tratamento</p> <p><u>Medida:</u> percentual de usuários que tem confiança no atendimento prestado pelo fisioterapeuta</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários que tem confiança no atendimento / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão F15 Instrumento do Usuário</p>
Resultados alcançados	<p><u>Descrição:</u> tem por objetivo identificar se o plano de tratamento elaborado pelo fisioterapeuta está produzindo os resultados almejados pelo usuário</p> <p><u>Medida:</u> percentual de usuários que consideram que os resultados estão sendo alcançados com a fisioterapia</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários com resultados completamente alcançados + número total de usuários com resultados parcialmente alcançados / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão F16 Instrumento do Usuário</p>
Materiais e equipamentos	<p><u>Descrição:</u> faz parte da atribuição do responsável técnico do Centro Especializado de Fisioterapia programar a aquisição suficiente de materiais e equipamentos, bem como sua manutenção, a fim de evitar prejuízo na continuidade da assistência ao usuário</p>

	<p><u>Medida:</u> percentual de não falta de materiais ou equipamentos</p> <p><u>Cálculo:</u> Número total de usuários que responderam não haver falta de material ou equipamento / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão H1 Instrumento do Usuário</p>
Condição das instalações	<p><u>Descrição:</u> configura como indicador da satisfação do usuário com o serviço especializado de fisioterapia a sua percepção sobre as condições físicas dos materiais e equipamentos utilizados durante o seu tratamento e também, os aspectos de higiene e limpeza do ambiente</p> <p><u>Medida:</u> percentual de adequação das condições de uso e limpeza</p> <p><u>Cálculo:</u> ((número total de usuários que consideraram boa as condições de uso das instalações + número total de usuários que consideraram boa as condições de limpeza das instalações) /2) / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão H2 Instrumento do Usuário</p>
Cuidado recebido pelo fisioterapeuta	<p><u>Descrição:</u> a visão do usuário sobre o cuidado recebido vai além do êxito na execução correta da técnica fisioterápica. A percepção do cuidado busca captar a formação de vínculo, laços de coresponsabilização e auto-cuidado estabelecidos durante todo o período de tratamento</p> <p><u>Medida:</u> percentual de adequação do cuidado recebido pelo fisioterapeuta</p> <p><u>Cálculo:</u> número total de usuários que consideraram muito bom o cuidado recebido + número total de usuários que consideraram bom o cuidado recebido / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão H3 Instrumento do Usuário</p>
Nível de satisfação	<p><u>Descrição:</u> conhecer o nível de satisfação do usuário do Centro Especializado de Fisioterapia</p>

	<p>é um indicador que favorece a melhora da resolubilidade e da qualidade das ações e serviços</p> <p><u>Medida:</u> percentual de satisfação do usuário com o cuidado recebido pela equipe</p> <p><u>Cálculo:</u> total das notas atribuídas á satisfação / número total de usuários x 100</p> <p><u>Fonte:</u> questão H6 Instrumento do Usuário</p>
--	--

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC	
COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO	

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA
Pesquisador: Maria Cristina Marino Calvo
Versão: 2
CAAE: 10666612.8.0000.0121
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 054172/2012
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		
Rua: Trindade	CEP: 88.240-900	
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS	
Telefone: (48)3721-8286	Fax: (48)3721-8998	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br