

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ENGENHARIA ELÉTRICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**



**ANA CLAUDIA FRONTAROLLI**

**ANÁLISE DE INDICADORES DE DESEMPENHO  
ORGANIZACIONAL EM INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA  
FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL: A BUSCA PELA  
MELHORIA NOS PROCESSOS DE QUALIDADE**

**Uberlândia**

**2019**

**ANA CLAUDIA FRONTAROLLI**

**ANÁLISE DE INDICADORES DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL  
EM INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA  
AMBULATORIAL: A BUSCA PELA MELHORIA NOS PROCESSOS DE  
QUALIDADE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade Federal de Uberlândia como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Processamento de Informações  
Linha de Pesquisa: Engenharia Biomédica

**Orientador: Adriano Alves Pereira**

**Coorientadora: Selma Terezinha Milagre**

**Uberlândia**

**2019**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

F935 Frontarolli, Ana Cláudia, 1971-  
2019 Análise de indicadores de desempenho organizacional em  
instituição de assistência fisioterapêutica ambulatorial [recurso  
eletrônico] : a busca pela melhoria nos processos de qualidade /  
Ana Cláudia Frontarolli. - 2019.

Orientador: Adriano Alves Pereira.

Coorientadora: Selma Terezinha Milagre.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-  
graduação em Engenharia Elétrica.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2019.2398>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Engenharia elétrica. I. Pereira, Adriano Alves, 1964-, (Orient.).  
II. Milagre, Selma Terezinha, 1962-, (Coorient.). III. Universidade  
Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Engenharia Elétrica. IV.  
Título.

CDU: 621.3

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

**Ana Cláudia Frontaroli**

**Análise de indicadores de desempenho organizacional em instituição de assistência  
fisioterapêutica ambulatorial: a busca pela melhoria nos processos de qualidade**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade Federal de Uberlândia como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Adriano Alves Pereira (Orientador)**  
**Universidade Federal de Uberlândia - UFU**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Terezinha Milagre (Coorientadora)**  
**Universidade Federal de Uberlândia - UFU**

**Prof. Dr. Adriano de Oliveira Andrade (Examinador Interno)**  
**Universidade Federal de Uberlândia - UFU**

**Prof. Dr. Fernando Seiji Silva (Examinador Externo)**  
**Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Zélia de Almeida Souza (Examinador Externo)**  
**Fundação Getúlio Vargas – FGV**

**Uberlândia, 11 de outubro de 2019**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3N - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: (34) 3239-4707 - www.posgrad.feelt.ufu.br - copel@ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Engenharia Elétrica				
Defesa de:	Tese de Doutorado Acadêmico, 253, COPEL				
Data:	Onze de outubro de dois mil e dezenove	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11123EEL002				
Nome do Discente:	Ana Cláudia Frontarolli				
Título do Trabalho:	Análise de indicadores de desempenho organizacional em instituição de assistência fisioterapêutica ambulatorial: a busca pela melhoria nos processos de qualidade.				
Área de concentração:	Processamento da informação				
Linha de pesquisa:	Engenharia biomédica				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Título: Desenvolvimento de uma metodologia para prevenção e tratamento de falhas humanas nos centros de operação da CEMIG Agência Financiadora: CEMIG_Início 15/04/2014_ Término 13/12/2017_No. do Projeto na agência: GT 462_Professor Coordenador: Adriano Alves Pereira_				

Reuniu-se no Anfiteatro 1E, Campus Santa Mônica, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica, assim composta: Professores Doutores: Selma Terezinha Milagre - FEELT/UFU; Adriano de Oliveira Andrade - FEELT/UFU; Fernando Seiji da Silva - UFTM; Maria Zélia de Almeida Souza - FGV; Adriano Alves Pereira - FEELT/UFU, orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Adriano Alves Pereira, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Doutor**.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Alves Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/10/2019, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Selma Terezinha Milagre, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/10/2019, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriano de Oliveira Andrade, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/10/2019, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Seiji da Silva, Usuário Externo**, em 11/10/2019, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Zélia de Almeida Souza;;, Usuário Externo**, em 11/10/2019, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1615794** e o código CRC **4B1EF545**.

*Dedico esta Tese de Doutorado*

*Aos meus pais, Rosa e Eurípedes, à  
minha irmã Vânia e ao meu filho  
Daniel, pelo incansável apoio e  
dedicação a minha pessoa para a  
realização deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador pela vida e por ter me dado condições para a elaboração deste trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais, Rosa de Luca Frontarolli e Eurípedes Frontarolli, minha irmã Vânia Mirian Frontarolli e meu precioso filho Daniel Frontarolli Tavares, pelo estímulo, amor e por todos os esforços empreendidos em toda a minha jornada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Adriano Alves Pereira e minha coorientadora Professora. Dr<sup>a</sup>. Selma Terezinha Milagre, deixo expressos meus sinceros agradecimentos por toda a confiança, respeito, paciência, ensinamentos e dedicação, características fundamentais para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial, à Danielle Moretti, Daniela C. Teixeira, Evandro S. de Leva, Kenya A. Borges Dias, José L. Guimarães, Nívea M. Morales, Maria E. Guimarães, Renata R. H. Araujo e Wener B. Resende pelo constante carinho e incentivo, fundamentais para superar os desafios enfrentados para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos da Pós Graduação, em especial, à Maria J. Zaruz, Lígia R. Nobrega e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores da Pós-graduação que não pouparam esforços em passar seus ensinamentos, assim como todos os colaboradores, em especial, ao Caio, à Cinara e à Patrícia.

À Clínica de Fisioterapia, meus sinceros agradecimentos, em especial, ao Conselho Administrativo, à Diretoria e à Gestão de Recursos Próprios.

Minha gratidão aos colegas de trabalho que dividiram conhecimentos e ensinamentos no período desta pesquisa, em especial: à Adriana Gomes, ao Eduardo Braga, à Karine Ribeiro, à Kellem R. Paula, à Lorena Rhaize, ao Luiz G. Bruno, ao Narciso Volpe Júnior, ao Sávio Moraes, à Sônia Salvo e ao Ubiratan Oliveira.

A todos que estiveram presentes em minha longa jornada, compreendendo as dificuldades enfrentadas, meus sinceros agradecimentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio nas pesquisas da Universidade Federal de Uberlândia.

## RESUMO

O cenário atual da Economia em Saúde possui papel extremamente relevante em todo o mundo. Nesse sentido, o estudo é apropriado devido às características de um mercado nacional com forte regulamentação governamental e bastante competitividade, aliado ao rápido avanço tecnológico que gera novas técnicas e produtos, em que há o consequente aumento dos custos dos serviços em saúde e a busca constante pela excelência na qualidade dos serviços. Para a sobrevivência no mercado de saúde, faz-se necessária a inovação a partir de uma estratégia competitiva e da construção de um sistema de informações gerenciais adaptado ao serviço prestado, principalmente em reabilitação, dado que existem poucas pesquisas relacionadas ao controle gerencial. Dessa forma, a empresa Clínica de Fisioterapia, implementou instrumentos técnicos e metodológicos com vistas à manutenção e melhoria na qualidade da atenção prestada (Planejamento Estratégico, Balanced Scorecard e Gerenciamento pelas Diretrizes). Porém, estes instrumentos e técnicas necessitavam de avaliação em relação às estratégias adotadas. A partir dos dados fornecidos pela empresa, propôs-se a criação e análise de três indicadores: Avaliação Técnica do Fisioterapeuta; Resolutividade por Objetivos Terapêuticos; e Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica. Para desenvolver a pesquisa foram analisados 4.773 prontuários, de 2015 a 2017. Os resultados deste estudo revelaram a otimização nos níveis dos cuidados de saúde prestados baseados em normas da qualidade, o desenvolvimento dos fisioterapeutas, a capacidade de ir ao encontro das demandas do cliente, melhor direcionamento nos investimentos no parque tecnológico, diferenças significativas entre o atendimento fisioterapêutico individual e com mais de um paciente simultaneamente. Contudo, constatou-se que, por meio da análise dos indicadores de qualidade, foi possível avaliar a previsibilidade das operações internas e promover o direcionamento para a gestão do serviço de Fisioterapia. Acredita-se que esse estudo poderá contribuir para a melhoria da gestão e sustentabilidade das clínicas de Fisioterapia ou Reabilitação pública ou privada, conforme a realidade de cada instituição.

**Palavras-chave:** Administração; Fisioterapia; Indicadores de qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Reabilitação

## ABSTRACT

The current scenario of Economy Health has a very important role in the world. Hence, the study is appropriate due to the characteristics of a national market with strong governmental regulation and considerable competitiveness, associated with a fast technological advancement that generates new techniques and products, when there is a consequent increase in the cost of services in health and a constant quest for excellence in service quality. To survive in the health market, it is necessary an innovation from a competitive strategy and a development of a management information system adapted to the service provided, especially in rehabilitation, given that there is little research related to management control. Thus, the company Physiotherapy's Clinic, has implemented technical and methodological tools to maintain and improve the quality of care provided (Strategic Planning, Balanced Scorecard and Management by Guidelines). However, these instruments and techniques needed evaluation in relation to the adopted strategies. From the data provided by the company, proposed the creation and analysis of three indicators: Physiotherapist Technical Evaluation; Resolutivity by Therapeutic Objectives; and Resolutivity by Physiotherapeutic Specialty. To develop the research, 4,773 medical records were analyzed from 2015 to 2017. The results of this study revealed the optimization in the levels of healthcare provided based on quality standards, the development of physical therapists, the ability to go to meeting customer demands, better targeting of investments in the technology park, significant differences between individual physical therapy care and with more than one patient simultaneously. However, it was found that through the analysis of quality indicators it was possible to evaluate the predictability of internal operations and promote the direction for the management of the Physiotherapy service. It is believed that this study may contribute to improving the management and sustainability of public or private Physiotherapy or Rehabilitation clinics, according to the reality of each institution.

**Keywords:** Management; Physiotherapy; Quality Indicators; Quality of Health Care; Rehabilitation

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Missão, Visão e Valores da Clínica de Fisioterapia .....	46
FIGURA 2 - Mapa Estratégico da Clínica de Fisioterapia.....	46
FIGURA 3 - Funcionamento do Gerenciamento da CF .....	49
FIGURA 4 - Dados obtidos em prontuário .....	58
FIGURA 5 - Média Anual do indicador ATF .....	108

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Redução do número de beneficiários de planos de saúde .....	30
TABELA 2 - Gasto público e privado em saúde em alguns países (2014).....	31
TABELA 3 - Escores do indicador ATF conforme o desempenho do fisioterapeuta .....	61
TABELA 4 - Escores do indicador ROT conforme os objetivos fisioterapêuticos.....	62
TABELA 5 - Escore do indicador conforme o quadro funcional por especialidade .....	63
TABELA 6 - Valor da Gravidade e a Descrição da gravidade .....	65
TABELA 7 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F1 .....	69
TABELA 8 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F2 .....	70
TABELA 9 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F3 .....	72
TABELA 10 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F4.....	74
TABELA 11 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F5 .....	76
TABELA 12 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F6.....	78
TABELA 13- Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F7 .....	80
TABELA 14 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F8.....	81
TABELA 15 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F9.....	83
TABELA 16 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F10 .....	84
TABELA 17 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F11 .....	85
TABELA 18 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F12 .....	86
TABELA 19 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F13 .....	88
TABELA 20 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F14 .....	90
TABELA 21 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F15 .....	92
TABELA 22 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F16 .....	92
TABELA 23 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F17 .....	93
TABELA 24 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F18.....	95
TABELA 25 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F19 .....	97
TABELA 26 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F20.....	99
TABELA 27 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F21 .....	100
TABELA 28 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F22.....	102
TABELA 29 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F23 .....	103
TABELA 30 - Avaliação Técnica do Fisioterapeuta – F24.....	104

TABELA 31 - Escores do Indicador de Resolutividade por Objetivos Terapêuticos .....	110
TABELA 32 - Distribuição da Especialidade Cardiovascular na CF.....	118
TABELA 33 - Distribuição da Especialidade Neurofuncional na CF.....	120
TABELA 34 - Distribuição da Especialidade Respiratória na CF .....	123
TABELA 35- Distribuição da Especialidade Saúde da Mulher na CF.....	125
TABELA 36 - Distribuição da Especialidade Traumato-Ortopédica na CF.....	127
TABELA 37 - Resultados dos indicadores REF – ROT – ATF (2015) .....	132
TABELA 38 - Resultados dos indicadores REF – ROT – ATF (2016) .....	133
TABELA 39 - Resultados dos indicadores REF – ROT – ATF (2015) .....	133

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Projeção da população IBGE atualizada em 2018.....	31
GRÁFICO 2 - Despesas totais em saúde (% PIB) - 2015.....	32
GRÁFICO 3 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F1.....	69
GRÁFICO 4 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F2.....	71
GRÁFICO 5 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F3.....	73
GRÁFICO 6 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F4.....	75
GRÁFICO 7 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F5.....	77
GRÁFICO 8 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F6.....	79
GRÁFICO 9 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F8.....	82
GRÁFICO 10 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F9.....	84
GRÁFICO 11 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F12.....	87
GRÁFICO 12 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F13.....	89
GRÁFICO 13 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F14.....	91
GRÁFICO 14 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo - F17.....	94
GRÁFICO 15 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo – F18.....	96
GRÁFICO 16 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo – F19.....	98
GRÁFICO 17 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo – F21.....	101
GRÁFICO 18 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo – F22.....	103
GRÁFICO 19 - Evolução dos resultados do ATF ao longo do tempo – F24.....	105
GRÁFICO 20 - Comparativo por escore - atendimento em grupo x individual.....	107
GRÁFICO 21 - Comparativo dos resultados de ATF dos fisioterapeutas da CF conforme tipo de atendimento.....	107
GRÁFICO 22 - Análise ao longo do tempo do escore 1 no indicador ROT.....	111
GRÁFICO 23 - Análise ao longo do tempo do escore 2 no indicador ROT.....	112
GRÁFICO 24 - Análise ao longo do tempo do escore 3 no indicador ROT.....	112
GRÁFICO 25 - Análise ao longo do tempo do escore 4 no indicador ROT.....	113
GRÁFICO 26 - Análise ao longo do tempo do escore 5 no indicador ROT.....	113
GRÁFICO 27 - Comparação entre os escores de 1 a 5 - ROT.....	114
GRÁFICO 28 - Evolução dos resultados do ROT ao longo do tempo.....	115

GRÁFICO 29 - Prontuários analisados por especialidade da CF - quantidade e porcentagem .....	117
GRÁFICO 30 - Crescimento da especialidade cardiovascular no período analisado .....	118
GRÁFICO 31 - Crescimento da especialidade neurofuncional no período analisado .....	121
GRÁFICO 32 - Crescimento da especialidade respiratória no período analisado .....	123
GRÁFICO 33 – Crescimento da especialidade saúde da mulher no período analisado .....	126
GRÁFICO 34 - Crescimento da especialidade traumato-ortopédica no período analisado...	128
GRÁFICO 35 - Porcentagem total de escores de 01-2015 a 04-2017 – (A) Escore 1 – (B) Escore 2 – (C) Escore 3 – (D) Escore 4- (E) Escore 5.....	131
GRÁFICO 36 - Evolução dos escores 1 a 5 nos anos 2015 (A)–2016 (B)–2017 (C) .....	132
GRÁFICO 37 - Média dos indicadores - comparativo anual .....	134

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Formato utilizado para identificar Trimestre/ano .....	56
QUADRO 2 - Planilha para estudo dos indicadores ATF, ROT e REF .....	57
QUADRO 3 - Indicadores ATF – ROT - REF .....	59
QUADRO 4 - Satisfação com relação aos resultados dos escores .....	60
QUADRO 5 - Atribuição de Peso por escore conforme Valor da Gravidade.....	65
QUADRO 6 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F1 .....	69
QUADRO 7 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F2 .....	71
QUADRO 8 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F3 .....	73
QUADRO 9 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F4 .....	75
QUADRO 10 – Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F5 .....	77
QUADRO 11- Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F6 .....	78
QUADRO 12 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F7 .....	80
QUADRO 13 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F8 .....	81
QUADRO 14 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F9 .....	83
QUADRO 15 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F10.....	85
QUADRO 16 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F11.....	86
QUADRO 17 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F12.....	87

QUADRO 18 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F13.....	89
QUADRO 19 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F14.....	90
QUADRO 20 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F15.....	92
QUADRO 21 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F16.....	93
QUADRO 22 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F17.....	94
QUADRO 23 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F18.....	95
QUADRO 24 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F19.....	97
QUADRO 25 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F20.....	99
QUADRO 26 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F21.....	100
QUADRO 27 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F22.....	102
QUADRO 28 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F23.....	104
QUADRO 29 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – F24.....	105
QUADRO 30 – Porcentagem de escore por tipo de atendimento – grupo x individual .....	106
QUADRO 31 - Porcentagem aplicada no indicador ROT em cada trimestre conforme escore .....	110
QUADRO 32 - Porcentagem de resultados insatisfatórios – neutros – satisfatórios por fisioterapeuta – ROT.....	115
QUADRO 33 – Resultados de acordo com a meta do indicador REF – especialidade cardiovascular.....	119
QUADRO 34 - Resultados de acordo com a meta do indicador REF – especialidade neurofuncional.....	121

QUADRO 35 - Resultados de acordo com a meta do indicador REF – especialidade respiratória.....	124
QUADRO 36 – Resultados de acordo com a meta do indicador REF – especialidade saúde da mulher .....	126
QUADRO 37- Resultados de acordo com a meta do indicador REF – especialidade traumatologia ortopédica .....	129

## LISTA DE ABREVIACOES

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ANAPH	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ATF	Avaliação Técnica do fisioterapeuta
ATM	Articulação Temporomandibular
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CCF	Cadeia Cliente Fornecedor
CNE	Conselho Nacional de Educação
CF	Clínica de Fisioterapia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
FENAFISIO	Federação Nacional das Entidades de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
GED	Gerenciador de Documentos
GPD	Gerenciamento pelas Diretrizes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional de Normalização)
ISO/TC	Comitê Técnico <i>Quality Management and Quality Assurance</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
NBR	Norma Técnica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econmico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPPS	Operadoras de Plano de Saúde Suplementar
PA	Plano de ação
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Action</i> (Planejamento-Execução-Checagem-Ação)
PE	Planejamento Estratégico
PIB	Produto Interno Bruto
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRS	Procedimento Sistmico
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REF	Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica
ROT	Resolutividade por Objetivos Terapêuticos

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Definição do problema.....	23
1.2	Justificativa.....	24
1.3	Objetivo Geral.....	25
1.4	Objetivos Específicos.....	25
1.5	Área de concentração e contribuição desta tese de doutorado.....	26
1.6	Estrutura da Tese.....	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
2.1	Operadoras de Plano de Saúde Privado.....	28
2.2	Aspectos sobre a Economia em Saúde.....	30
2.3	Verticalização das Operadoras de Plano de Saúde.....	34
2.4	Planejamento Estratégico.....	35
2.5	Balanced Scorecard.....	37
2.6	Gerenciamento pelas Diretrizes.....	40
2.7	Qualidade em Serviços de Saúde.....	41
2.8	Indicadores de Qualidade.....	43
3	CONTEXTO INSTITUCIONAL DA CF - FERRAMENTAS DE GESTÃO.....	45
4	METODOLOGIA.....	51
4.1	Seleção do Caso.....	52
4.2	Preparação.....	53
4.3	Recolhimento dos dados.....	54
4.4	Desenvolvimento dos indicadores.....	59
4.4.1	Indicador de Avaliação Técnica do Fisioterapeuta - ATF.....	60
4.4.2	Indicador de Resolutividade por Objetivos Terapêuticos - ROT.....	62
4.4.3	Indicador de Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica - REF.....	63
4.4.4	Análise comum nos indicadores ATF, ROT e REF.....	64
5	DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	66
5.1	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta.....	68
5.1.1	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F1.....	68
5.1.2	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F2.....	70
5.1.3	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F3.....	72
5.1.4	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F4.....	74

5.1.5	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F5 .....	76
5.1.6	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F6 .....	78
5.1.7	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F7 .....	79
5.1.8	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F8 .....	80
5.1.9	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F9 .....	82
5.1.10	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F10.....	84
5.1.11	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F11.....	85
5.1.12	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F12.....	86
5.1.13	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F13.....	88
5.1.14	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F14.....	90
5.1.15	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F15.....	91
5.1.16	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F16.....	92
5.1.17	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F17.....	93
5.1.18	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F18.....	95
5.1.19	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F19.....	96
5.1.20	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F20.....	98
5.1.21	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F21.....	99
5.1.22	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F22.....	101
5.1.23	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F23.....	103
5.1.24	Avaliação Técnica do Fisioterapeuta F24.....	104
5.1.25	Análise do indicador de Avaliação Técnica do Fisioterapeuta - Geral .....	106
5.2	Indicador de Resolutividade por Objetivos Terapêuticos .....	109
5.3	Indicador de Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica .....	116
5.3.1	– Especialidade Cardiovascular .....	117
5.3.2	– Especialidade Neurofuncional .....	119
5.3.3	– Especialidade Respiratória.....	122
5.3.4	– Especialidade Saúde da Mulher .....	124
5.3.5	– Especialidade Traumato-ortopédica .....	127
5.3.6	– Indicador REF Geral.....	129
5.4	Escala de Gravidade relacionada a ATF, ROT e REF .....	130
6	CONCLUSÃO.....	136
7	REFERENCIAS .....	139

## 1. INTRODUÇÃO

O cenário da economia em saúde tem enfrentado grandes desafios para sobreviver. No Brasil, as organizações em saúde são instigadas rotineiramente a lutar pela sustentabilidade no mercado. Alguns desafios referem-se ao avanço tecnológico (LIMA, BRITO, ANDRADE, 2019), à alta competitividade e a uma forte regulamentação governamental, sobretudo no setor privado (BALZAN, 2011; CESCHIN, 2011), além de um novo padrão demográfico caracterizado por redução da taxa de crescimento populacional. Também são desafios encontrados, as transformações na composição de estrutura etária, com significativo aumento do contingente de idosos (IBGE, 2016), que influencia diretamente nos serviços de saúde existentes no país (CHAIMOWICZ, 2006).

De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, em 2000 existiam 2.037 operadoras médico-hospitalares em atividade e 1.289 com beneficiários, enquanto em setembro de 2017 apenas 945 ativas e somente 773 com vidas, demonstrando uma tendência de redução do número de Operadoras de Plano de Saúde Suplementar (OPPSs) em atividade no Brasil (ANS, 2017).

O setor de saúde suplementar brasileiro demonstra forte influência na Economia, onde somente as OPPSs nas modalidades médico-hospitalares contabilizaram em 2017 mais de R\$ 129 bilhões em receitas de contraprestações, com acréscimo na taxa de sinistralidade (relação entre as receitas e despesas assistenciais) (ANS, 2017).

Com a finalidade de garantir a manutenção no mercado competitivo e desafiador, as OPPSs criam serviços verticalizados, chamados de serviços ou recursos próprios (hospitais, laboratórios, ambulatórios, clínicas de Fisioterapia e/ou Reabilitação, serviços de saúde em geral), em que se pode melhorar os controles de sinistralidade e assistência em saúde (SOUZA, 2010).

Logo, há a necessidade de aprimorar os processos gerenciais e buscar novas estratégias para manter o avanço financeiro e sustentabilidade dos Estabelecimentos em Saúde, assim como das OPPSs (BONACIM, 2010; LORENZETTI, et.al, 2014).

Porém, as críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas e várias dificuldades são apontadas para controle adequado dos resultados das instituições públicas ou privadas (LORENZETTI, et.al, 2014).

De fato, os serviços na área de saúde possuem dificuldades para desenvolverem o gerenciamento. Isso pode ser vislumbrado, em especial, na Fisioterapia, cuja formação

acadêmica não oferta os conhecimentos básicos de gestão empresarial, estratégias e indicadores que agreguem valor à atividade (CNE, 2002; ROSA, 2016). Adicionalmente, poucos estudos abordam aspectos que interferem na qualidade dos serviços de empresas de reabilitação (BRITO, 2012), além de escassas evidências sobre fatores importantes para a elaboração de estratégias organizacionais (MENDONÇA, GUERRA, 2007).

Alguns estabelecimentos de saúde investem na melhoria da qualidade gerencial e de prestação de serviços apoiados pelas ferramentas de gestão como: o Planejamento Estratégico (PE), o *Balanced Scorecard* (BSC) e o Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD), além de outros controles administrativos.

O PE é uma das ferramentas gerenciais que consiste na análise sistemática dos pontos fortes e fracos (internos) e das oportunidades e ameaças do meio ambiente (externos), com o intuito de estabelecer objetivos, estratégias e ações para aumentar a competitividade da empresa (ALDAY, 2000; TACHIZAWA, RESENDE, 2000; GRACIOSO, 2007).

Enquanto isso, o BSC é um modelo de avaliação de desempenho organizacional que vai além dos indicadores financeiros tradicionais, cujos focos são os objetivos da organização, a coordenação do processo individual de tomada de decisão e o estabelecimento de uma base sustentável para que ocorra a aprendizagem institucional (KAPLAN, 1996; KAPLAN; NORTON, 2000).

Ademais, o GPD é um sistema administrativo que visa garantir a sobrevivência da organização no mercado competitivo, a partir da visão estratégica baseada na análise da empresa-ambiente, crenças e valores, além do direcionamento da prática do controle da qualidade por todas as pessoas da corporação (CASTRO, 2013). A base para o GPD diz respeito às metas anuais definidas pela organização, direcionando a rotina para um eficiente controle e planejamento da qualidade, estabelecendo novas diretrizes para garantir níveis de controles melhores que os da concorrência. Convém salientar que o desdobramento de diretrizes, metas e controle é diferente do tradicional e segue tática, implementação e operação para obter uma visão competitiva (GIMENES, ROCHA, 2002).

Porém, é necessário potencializar os mecanismos de controle de qualidade como a avaliação (REIS, 1990) para monitorar os estabelecimentos de saúde, com a finalidade de detectar, corrigir os desvios encontrados, aperfeiçoar e desenvolver os serviços prestados ao cliente interno e externo (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006).

Nesse sentido, identifica-se um interesse crescente em qualidade pelo setor de saúde relacionado aos benefícios obtidos como: redução de risco e custo, elevação no padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN, WHEELER, WYSZEWLANSKI,

1982). Atualmente, há crescente investimento em creditações e certificações de qualidade. Uma das normas de certificação em qualidade utilizadas pelas OPPSs é a ISO 9001 que está baseada na melhoria contínua dos padrões de gestão e dos processos, com foco no cliente (TARJA, 2008).

Dessa forma, a ISO 9001 tem sido utilizada pelas OPPSs, sendo permitida sua aplicação também em Clínicas de Fisioterapia e/ou Reabilitação. A ISO 9001 foi elaborada pelo Comitê Técnico *Quality Management and Quality Assurance* (ISO/TC 176), em que a versão brasileira é a ABNT NBR ISO 9001. A versão anterior é a ISO 9001:2008, que foi revisada e atualizada para a ISO 9001:2015 (OST, SILVEIRA, 2018).

Os princípios de Gestão de Qualidade nas diretrizes ISO são: foco no cliente, liderança, engajamento das pessoas, abordagem do processo, melhoria, decisão baseada em evidências e gestão de relacionamento (ABNT, 2016).

Na ISO 9001, o Ciclo PDCA (*Plan-Do- Check-Action*) é uma ferramenta utilizada para melhoria contínua dos processos. O Gerenciador dos processos internos, o PDCA, visa garantir o alcance de metas estabelecidas, tornando as informações um fator de direcionamento das decisões. Ele se divide em planejamento (*Plan*), execução (*Do*), checagem (*Check*) e ação (*Act*), sendo que esse movimento cíclico possibilita a identificação de novos problemas ou melhorias a cada nova volta do ciclo (PRASHAR, 2017).

O estabelecimento em saúde, que busca a Certificação ISO 9001, tem o objetivo de auxiliar na melhoria dos atendimentos aos clientes e nos níveis de excelência dos cuidados de saúde prestados, assim como alavancar os resultados econômicos e financeiros.

Hoje, é crescente o número de avaliações qualitativas para as análises de processos locais com a finalidade de contribuir ao planejamento e trabalho gerencial (AKERMAN, NADANOVSKY, 1992; BATAGLIN, 1998). Porém, para a melhoria da qualidade pode-se aplicar indicadores que mensurem situações específicas para melhor administração do serviço de saúde (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Vale ressaltar que indicador é uma unidade de medida quantitativa que pode ser utilizada como orientação para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços promovidos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte (MAINS, 2003; LEE, WALTER, 2011).

Dessa forma, este estudo analisou um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS), uma Clínica de Fisioterapia (CF), filial de uma Operadora de Plano de Saúde Suplementar (OPPS), com uma gestão organizacional bem estruturada, certificado ISO 9001 e que já utiliza o PE, BSC e GPD (KAPLAN, COOPER, 1998; MULLER, 2003, 2014; BONACIM, ARAUJO, 2010; SOUZA, SALVALAIO, 2010). Porém, estes instrumentos e técnicas

necessitam de avaliação em relação às estratégias adotadas. Neste cenário, este trabalho propôs a criação e análise de indicadores, a partir dos dados fornecidos pela empresa, a fim de averiguar a previsibilidade das operações internas, quando aplicados indicadores de qualidade e planos de ação preventivos e corretivos; a capacidade de ir ao encontro das demandas do cliente; a melhoria nos níveis dos cuidados de saúde prestados baseados em normas da qualidade; o desenvolvimento dos profissionais de saúde; e o adequado direcionamento nos investimentos tecnológicos.

De fato, com todos os dados disponíveis, o estudo propõe o desenvolvimento e a avaliação sobre os resultados da implantação dos instrumentos e métodos para gerenciamento. Dessa forma, foram criados indicadores específicos para o serviço de saúde examinado, que podem contribuir para maior controle dos resultados e ações de melhoria de processos.

A pesquisa foi aplicada na CF, de 2015 a 2017, sendo coletados dados desde 2014 através de documentações, consultas aos sistemas utilizados pela OPSS e clínica analisada, observações e relatórios gerenciais. A pesquisa analisou os dados secundários fornecidos pela empresa, com participação indireta de participantes, sem identificá-los.

O estudo é de abordagem retrospectiva, quali-quantitativa, descritiva e longitudinal. A população consistirá de todos os dados fornecidos e pertinentes aos Instrumentos e Modelos gerenciais efetivados na empresa.

## 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os EASs e as OPPSs devem ser tão eficientes quanto possível quando se trata de gestão de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, sempre prestando o melhor serviço às pessoas e, ao mesmo tempo, em busca novos meios para melhorar os resultados globais. Por isso, é importante estudar as ferramentas de gestão disponíveis no mercado e aplicá-las ao serviço. Porém, a qualidade é mantida pela constante avaliação e reavaliação do desempenho e da eficiência (GUERRINI, et.al., 2014). No consenso geral, a definição de um conjunto de indicadores de qualidade permitirá que uma organização direcione seus esforços aos pontos fortes e paralelamente possa analisar e promover soluções aos pontos fracos identificados, tomando decisões gerenciais de forma mais assertiva (CONTANDRIOPOULOS, et.al., 1997).

Quanto aos EASs de prestação de assistência fisioterapêutica ambulatorial, ainda vislumbra-se alguma dificuldade para encontrar publicações relacionadas à avaliação de

indicadores de qualidade pautados em gestão do serviço (BRITO, JESUS, FERNANDES 2012; SOUZA, et al., 2013; ROSA, 2016). O esforço na mensuração de resultados está diretamente relacionado à satisfação do cliente (VANTI, et.al, 2013).

Dessa forma, propõe-se a análise gerencial da CF, certificada ISO 9001:2008 (CARPINETTI, GEROLAMO, MIGUEL, 2009) em 2014, que poderia ser usada como ferramenta para modelar e analisar a eficiência operacional de outras Clínicas de Fisioterapia públicas ou privadas, por meio de indicadores de qualidade que podem ser desenvolvidos ou adaptados aos serviços.

Através da análise de dados obtidos em prontuários, documentos e agendas, acredita-se que os indicadores podem ser adaptados ao serviço de Fisioterapia, com uma série de variáveis que podem influenciar seu desempenho e eficiência. Nesse sentido, o desenvolvimento e o acompanhamento dos indicadores organizacionais pelos gestores e equipe do estabelecimento assistencial em saúde em Fisioterapia ambulatorial favorecem a prosperidade na qualidade dos serviços fisioterapêuticos prestados à comunidade?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Visando à otimização gerencial, a CF utilizou os instrumentos PE, BSC e GPD para gerenciamento da empresa. A empresa aplicou os instrumentos de gerenciamento em várias vertentes, dentre elas, podemos destacar: clientes, setor financeiro e os profissionais de fisioterapia. Esta ação gerou vários dados que poderiam ser utilizados para avaliação dos resultados de uma forma quali-quantitativa.

Porém, para aperfeiçoar os dados disponíveis e desenvolver métodos para avaliação sobre os resultados dos serviços prestados, propõe-se a implantação dos instrumentos e métodos para avaliação (VANTI et al., 2013). Uma das formas existentes para avaliação dos resultados seria o desenvolvimento de métodos que gerassem indicadores. Os indicadores permitem o acompanhamento das ações e o desenvolvimento de atividades em busca de resultados do PE da empresa, assim como a melhoria do atendimento ao cliente. A escolha do indicador correto é essencial para realizar uma avaliação precisa e detalhada de um produto ou serviço para auxiliar o gestor no desenvolvimento do estabelecimento de saúde, melhora na qualidade do atendimento prestado ao cliente, além de promover uma vantagem competitiva para a organização (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

A dificuldade da empresa, em estabelecer estes indicadores, reside no fato de que existem raros índices relacionados aos serviços de Fisioterapia na área ambulatorial, embora seja crescente o interesse por essa temática. Existem alguns indicadores hospitalares já estabelecidos, outros relacionados às doenças, satisfação dos clientes e qualidade dos serviços, mas ainda pouco divulgados ou aplicados (MENDONÇA, GUERRA, 2007; BRITO, JESUS, FERNANDES, 2012; CAVALHEIRO, et al., 2015; BRANDÃO, et al., 2015; ROSA, 2016).

Hipotetiza-se que o desenvolvimento e o acompanhamento de indicadores organizacionais adequados ao perfil do serviço de saúde, promovam a ampliação da visão gerencial do negócio, impactando diretamente na qualidade dos serviços prestados pelos fisioterapeutas à comunidade.

Notabiliza-se que este trabalho, em tempos que existem poucos recursos para a saúde, é muito importante tanto na esfera privada quanto na esfera pública. Sustenta-se que esta pesquisa possa instigar novos gestores a aplicarem modelos de gestão que aperfeiçoem a utilização de recursos e que, ao mesmo tempo, traga maiores níveis de satisfação aos clientes.

### 1.3 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é promover a melhoria do controle gerencial dos serviços de Fisioterapia ambulatoriais por meio do desenvolvimento e análise de indicadores de qualidade.

### 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver indicadores específicos para avaliação gerencial dos serviços fisioterapêuticos ambulatoriais prestados.
- Fornecer instrumentos para que os gestores dos serviços de Fisioterapia ambulatorial analisem os resultados por meio de indicadores concretos.
- Promover o desenvolvimento e a capacitação dos fisioterapeutas frente ao cenário de saúde competitivo e desafiador.

- Fornecer instrumentos que aperfeiçoem o gerenciamento de serviços de fisioterapia públicos ou privados, com melhora contínua da qualidade do atendimento ao cliente.

## 1.5 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DESTA TESE DE DOUTORADO

Diante do exibido, reconhece-se que, não obstante a existência de trabalhos na literatura contemplando gerenciamento de serviços de saúde e a análise de indicadores de qualidade se assente que poucos serviços de Fisioterapia ambulatoriais têm o nível de organização e certificação de qualidade que atestem o investimento em melhoria de processos contínuos.

A Área de Concentração desse estudo é Processamento de Informações e, a Linha de Pesquisa, Engenharia Biomédica.

A tese de doutorado poderá nortear os gerentes e fisioterapeutas de instituições públicas ou privadas a desenvolverem caminhos para a construção de um serviço com alta qualidade de atendimento e sustentabilidade, por meio da utilização de ferramentas que promovam uma ampliação dos rumos dos serviços de Fisioterapia e aperfeiçoem a qualidade assistencial.

## 1.6 ESTRUTURA DA TESE

Após a parte introdutória, o trabalho foi dividido em:

- Referencial teórico: nesta etapa, serão abordados estudos sobre os temas de relevância para o desenvolvimento do trabalho, com o objetivo de contextualizar inicialmente onde o Estabelecimento de Saúde pesquisado se insere, com foco respectivamente em: Operadoras de Plano de Saúde Privado; Aspectos sobre a Economia em Saúde; Verticalização das Operadoras de Plano de Saúde (Recursos Próprios). Na sequência, serão percorridas as temáticas que fornecerão entendimento para a gestão aplicada pela CF, com os seguintes desdobramentos: Planejamento Estratégico; *Balanced Scorecard*;

Gerenciamento pelas Diretrizes; Qualidade nos serviços de saúde; e Indicadores de Qualidade.

- Contexto Institucional da CF – ferramentas de gestão aplicadas: serão apresentados os processos internos autorizados, utilizados pela OPSS e filial para o gerenciamento do serviço de Fisioterapia.
- Metodologia: será apresentada a Seleção do Caso; a preparação; o desenvolvimento dos indicadores: Avaliação Técnica do Fisioterapeuta (ATF); Resolutividade por Objetivos Terapêuticos (ROT); Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica (REF); Análise comum nos indicadores criados.
- Discussão e Resultados: serão identificadas as pesquisas relacionadas ao conteúdo deste estudo, a análise, discussão e resultados dos indicadores ATF, ROT e REF.
- Conclusão: serão disponibilizadas as conclusões deste trabalho.
- Referências: as referências que apoiaram o desenvolvimento desta tese estarão apresentadas ao final.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para realizar a pesquisa proposta, foram analisados diversos estudos que se relacionavam às Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares, às Cooperativas de Saúde, aos Serviços de Saúde, ao Planejamento Estratégico, ao *Balanced Scorecard*, ao Gerenciamento pelas Diretrizes, ao Custeio ABC; à qualidade de serviços de saúde; ISO 9001; aos Indicadores de qualidade em saúde e/ou Fisioterapia, às legislações e suas relações diretas ou indiretas.

Não foi encontrado nenhum estudo em uma Clínica de Fisioterapia com as características da CF, com recurso próprio de uma OPSS, com certificação ISO 9001:2008 e com a gestão organizada através da utilização de ferramentas gerenciais.

A literatura demonstrou estudos que integram parcialmente o Planejamento Estratégico, *Balanced Scorecard*, o Gerenciamento pelas Diretrizes e os Indicadores de Qualidade que estão dentre as referências utilizadas como apoio a esta pesquisa.

São raros os indicadores existentes na área de Fisioterapia, sendo pouco elaborados, divulgados e ficando habitualmente restrito às instituições (CAVALHEIRO, et.al., 2015).

Posto que os assuntos abordados na pesquisa envolvam assuntos diversos que se relacionam entre si, foram abordados temas considerados relevantes para a compreensão dos estudos realizados e do contexto que a CF está inserida.

### 2.1 OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE PRIVADO

O estudo sobre as Operadoras de Plano de Saúde Privado é fundamental para compreender o contexto relacionado à Saúde Suplementar e onde se insere a CF.

Conforme a Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, pode-se entender importantes conceitos relacionados ao tema no art. 1º.

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos (BRASIL, 2001, p.1).

As Operadoras de Saúde são segmentadas nas modalidades: administradora, autogestão, cooperativa médica/odontológica, filantropia, medicina de grupo, odontologia de grupo ou seguradoras em saúde (BRASIL, 2000).

Dentro as modalidades citadas, a cooperativa médica é definida de acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, seção II, art.12 como “*as sociedades de pessoas sem fins lucrativos conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde*” (BRASIL, 2000). De acordo com a Lei 9.656 de 1.998, a cooperativa insere-se na Operadora de Plano de Assistência à Saúde, quando realiza a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós- estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde (BRASIL, 1998).

A modalidade da Cooperativa Médica classifica-se na sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde (BRASIL, 1971).

Porém, as OPPSs vêm sofrendo impactos quanto à redução do número de beneficiários e aumento dos gastos com o avanço do envelhecimento da população e com o incremento de novas tecnologias.

Segundo informações da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH, 2018), o número de beneficiários de planos de saúde reduziram 3,1 milhões em três anos conforme Tabela 1.

TABELA 1 - **REDUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

ANO	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE
<b>2014</b>	<b>50,4 MILHÕES</b>
<b>2015</b>	<b>49,2 MILHÕES</b>
<b>2016</b>	<b>47,6 MILHÕES</b>
<b>2017</b>	<b>47,3 MILHÕES</b>

Fonte: adaptado ANAPH, 2018.

As OPPSs vivem um momento de dificuldades em relação à redução no número de vidas, consequentemente de receitas e aumento dos gastos com o envelhecimento populacional e altas tecnologias em saúde.

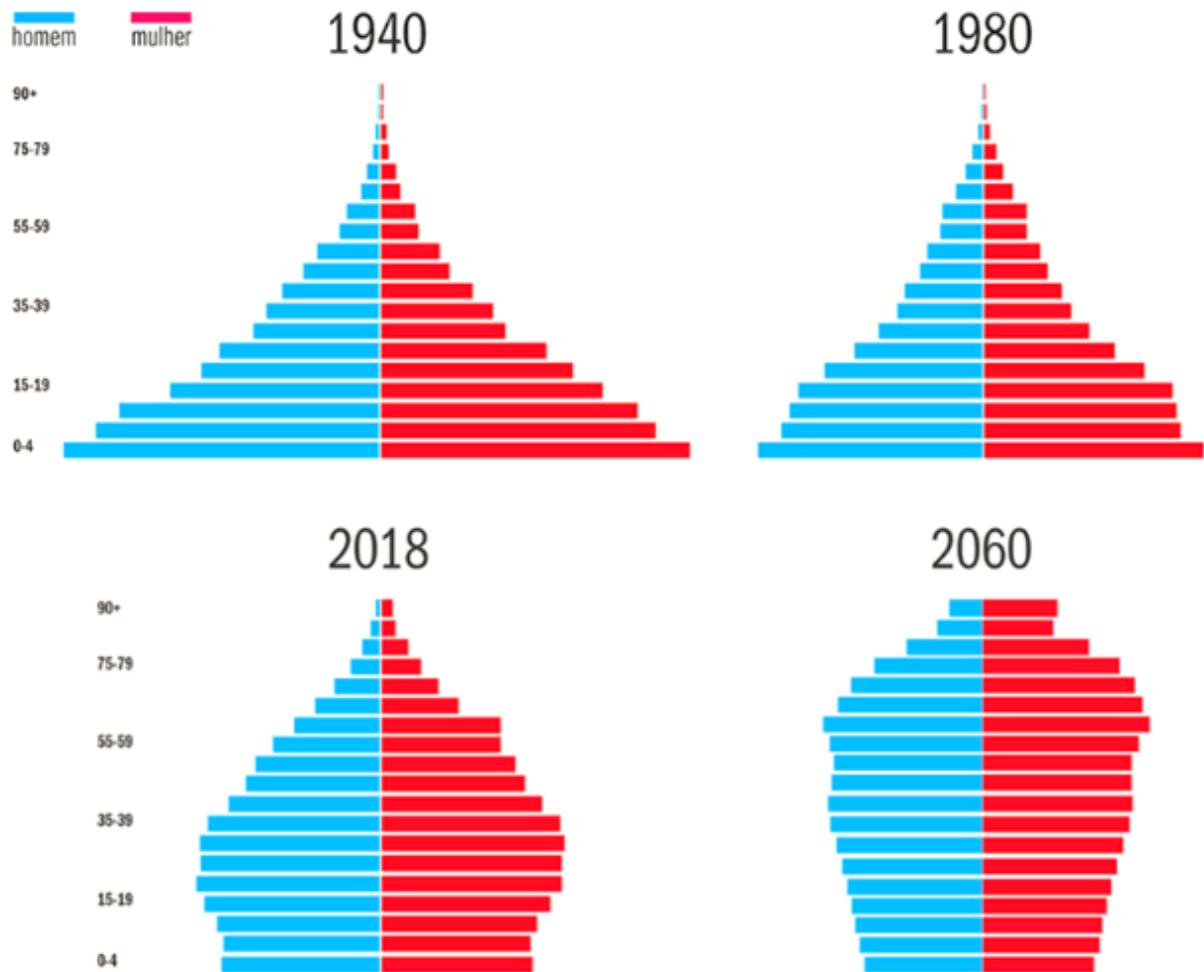
## 2.2 ASPECTOS SOBRE A ECONOMIA EM SAÚDE

O cenário atual da Economia em Saúde apresenta papel extremamente relevante em todo o mundo. A assistência em saúde encontra-se sob crescentes pressões de custo, no âmbito público e privado mundial, provenientes principalmente dos avanços tecnológicos e longevidade conforme o Gráfico 1 (BUSS, 2014; IBGE, 2019).

A porcentagem de pessoas idosas (acima de 65 anos) nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) era de 16,2%, enquanto que, no Brasil, era de 8,0% - conforme dados do ano de 2015. Já em 2027, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projeta que os idosos corresponderão a 12,3% da população brasileira, tendendo a aumentar as despesas futuras em saúde com o processo de envelhecimento da população (TESOURO NACIONAL, 2018).

Estudos realizados em alguns países demonstram o impacto da saúde na Economia. Nos Estados Unidos da América, o financiamento é misto com predomínio da prestação privada de serviços, onde as despesas em assistência à saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) elevaram-se de 7% para 15%, entre 1970 e 2000 (HEALTH, 2017). Os Estados Unidos da América e a Noruega gastam ambos mais de US\$ 7.000 per capita por ano; a Suíça mais de US\$ 6.000. Os países da OCDE, como um grupo, gastam em média cerca de US\$ 3.600 (TESOURO NACIONAL, 2018).

GRÁFICO 1 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO IBGE ATUALIZADA EM 2018



FONTE: IBGE, 2019

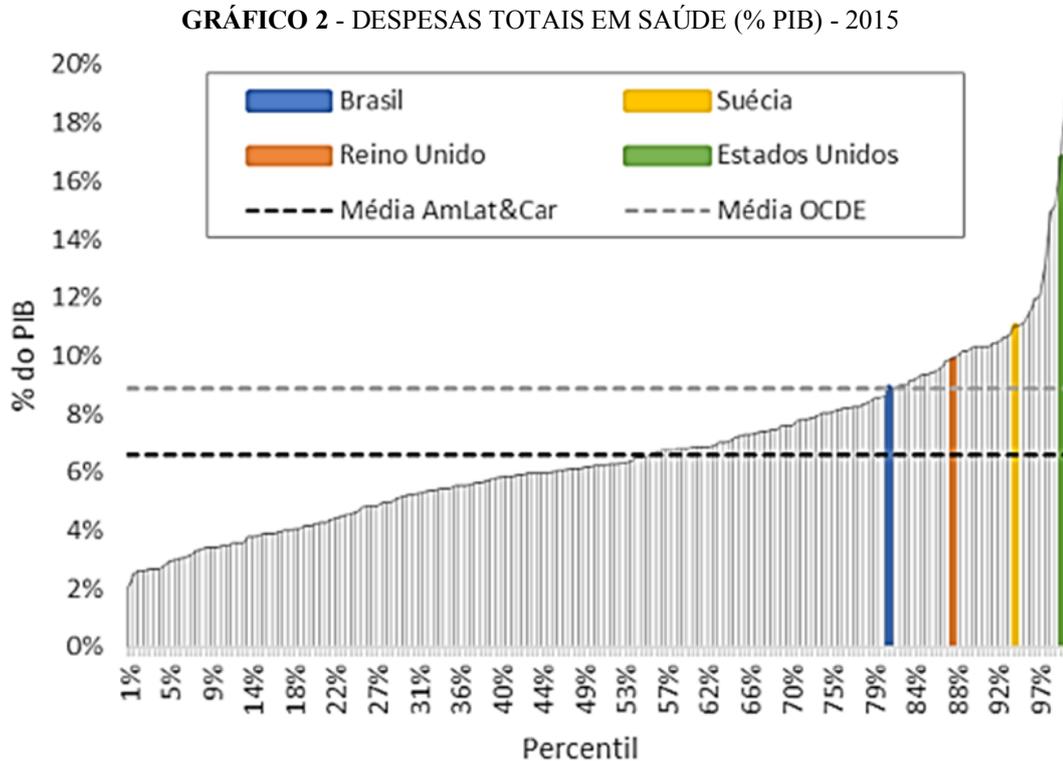
Uma análise comparativa, no ano de 2014, entre os países: Brasil, França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido, pode ser visualizado na Tabela 2 (FIGUEIREDO, et.al., 2018).

TABELA 2 - GASTO PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE EM ALGUNS PAÍSES (2014)

Indicadores	Países					
	Brasil	França	Itália	Portugal	Espanha	Reino Unido
Gasto público em saúde como porcentagem do PIB	3,8	9	7	6,2	6,4	7,6
Gasto privado em saúde como porcentagem do PIB	4,5	2,5	2,3	3,3	2,6	1,5

Fonte: Figueiredo JO, et. al. (2018)

Abaixo, no Gráfico 2, conforme informações da Secretaria do Tesouro Nacional (2018), podem ser analisadas as despesas totais em saúde no ano de 2015, no Brasil, em comparação com o Reino Unido, a Suécia e os Estados Unidos.



Fonte: Tesouro Nacional (2018)

No Brasil, o aumento dos custos com assistência em saúde também ocorrem e são provocados por diversos aspectos como: regulamentação governamental, alta competitividade, rápido avanço tecnológico, aumento dos custos dos serviços em saúde e a busca constante pela excelência na qualidade dos serviços (RAMOS, 2011; IEES, 2019).

Estudos divulgados pela Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) apontam que entre 1994 e 2000 os reajustes acumulados dos planos de saúde totalizaram 68,10%, mantendo-se inferior ao percentual de elevação divulgado pelo Dieese para o subgrupo “Assistência Médica”, 194,2%. No período entre 2000 e 2004, enquanto o IPC variou cerca de 36%, os custos de internação hospitalar cresceram 138%, e a inflação médica, em 2005, teria sido de 7 a 10% superior à variação do IPCA.

Os crescentes custos com assistência médica podem ser diretamente atribuídos a três fatores distintos: a inflação, a incorporação de tecnologias mais avançadas e a elevada taxa de utilização de recursos. (ALBUQUERQUE, FLEURY, FLEURY, 2011, p.44-45).

Em cumprimento à Lei nº 9.656 do Ministério da Saúde, no ano 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de Planos de Saúde, que utiliza um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.

Anteriormente à ANS, as Operadoras de Plano de Saúde Privados (OPSSs) definiam suas próprias regras de negócios. Com a criação da ANS propiciou o aparecimento de mecanismos de controle sobre a atuação das operadoras de saúde, sendo minimizadas as possibilidades de repassar ao cliente final os custos de ineficiência de gestão das operadoras de saúde. A proibição de exclusão de condições e moléstias determinadas, a padronização da cobertura mínima ampliaram as atribuições e o ônus financeiro das operadoras, que simultaneamente foram submetidas ao controle de preços pela ANS (ALBUQUERQUE, FLEURY, FLEURY, 2011).

A contribuição da comunidade científica para o desenvolvimento de novas tecnologias é favorável para a melhora na vida dos indivíduos, porém essa evolução é acompanhada pelo aumento dos custos em saúde, sendo que esses são repassados à sociedade (direta ou indiretamente), ao serviço público ou ao sistema privado. A tecnologia em saúde é considerada como um conjunto de medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médicos e cirúrgicos usados no cuidado em saúde. Com a inovação tecnológica, esse cuidado em saúde é constantemente atualizado e de acordo com sua complexidade, pode gerar um impacto maior ou menor no custo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; LIMA, BRITO, ANDRADE, 2019).

A partir do momento em que uma tecnologia em saúde é registrada, sua utilização é autorizada no País e imediatamente surge uma nova demanda, que passa a ser foco de análise para incorporação ao rol de coberturas do setor de saúde suplementar e inicia-se uma pressão por parte da sociedade para a utilização dessas tecnologias pelos prestadores de serviços. Porém, não é realizada uma análise prévia do impacto da incorporação da nova tecnologia no rol de procedimentos da ANS. Durante um ano, após a inclusão da nova tecnologia no rol de procedimentos da ANS, há um monitoramento do mercado para avaliar os possíveis impactos que sua introdução possa ter acarretado aos custos das operadoras de saúde. Um exemplo da incorporação tecnológica e do seu impacto nos custos são as cirurgias de joelho reembolsadas pelas seguradoras que apresentaram incremento de 224% no custo médio em quatro anos (CAMPOS, 2006; LIMA, BRITO, ANDRADE, 2019).

A Sinistralidade é o índice que mede o grau da utilização do plano através da relação entre os gastos com assistência médico-hospitalar (eventos cobertos) e a receita de contraprestações da operadora em um determinado período (ABRAMGE, SINAMGE, SINOGE, 2019). A média da sinistralidade de 2014 a 2018 foi de 81,4%.

As OPSSs vivem uma grande pressão com os processos de judicializações da saúde, que são acompanhadas do desejo de longevidade dos indivíduos, aliado aos avanços tecnológicos e novas técnicas de tratamento, que embora não incluídas no rol de procedimentos da ANS, impactam negativamente na gestão econômico financeira.

Frente a esse cenário, todos os fatores mencionados levaram a um aumento da despesa assistencial das OPSSs e, para a manutenção no mercado, precisam melhorar o controle de seus custos, adotando estratégias que minimizem os gastos.

### 2.3 VERTICALIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

No Brasil, uma das alternativas que tem sido utilizada pelas OPSSs para reduzir os custos das transações é a verticalização dos serviços, vista como a busca em construir os próprios recursos (RAMOS, 2011; TISOTT, et.al., 2016).

As OPSSs passaram a oferecer de forma intensificada os serviços próprios para os seus beneficiários, incluindo hospitais, laboratórios e serviços que prestam atendimento de áreas e alto custo. Normalmente, as OPSSs ofertam atendimento em redes de prestadores de saúde ou pelo reembolso a seus clientes dos valores pagos a esses prestadores; assim, o cliente beneficia-se porque desembolsa, normalmente, uma quantia fixa pelo plano de saúde e pode usar a rede prestadora na medida de suas necessidades (LIMA, 2013). No caso dos serviços verticalizados, o prestador de serviço de saúde, atende diretamente ao beneficiário do plano, sendo responsável por sua remuneração, administração e recursos (ARGYRES, 1996).

A verticalização é balizada pela qualidade excepcional, que deverá ser eficiente, com serviços próprios entrando em um mercado competitivo, e já aparece nos estudos como uma tendência consolidada no setor. Porém, existem artigos que questionam a viabilidade da verticalização como alternativa para reduzir custos dessas organizações, e há muitas questões, por parte dos dirigentes, quanto a essa solução (BYRNE, WALNUS, 1999; SOUZA, 2010).

A verticalização teve o propósito de proporcionar maior resolutividade aos clientes, com simultânea racionalização de recursos e maior controle dos custos de produção para as OPPSs (GANS, 2005).

Ampliaram-se ainda os programas de promoção de saúde, de prevenção de moléstias e de acompanhamento de casos crônicos, assim como na assistência multidisciplinar, com a introdução na cobertura obrigatória de atendimento de diversos profissionais de saúde. Quando se fala de assistência à saúde, não se pode falar apenas de procedimentos médicos, pois existem na cadeia de produção de cuidado outros profissionais, para os quais a criação de balizadores é igualmente importante (ALBUQUERQUE, FLEURY, FLEURY, 2011).

Os estudos realizados por Albuquerque, Fleury e Fleury (2011) concluem que a OPSS poderá ter vantagens na verticalização dos serviços, como: maior controle dos custos de produção garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados; economia de escala; flexibilidade na adoção de novas metodologias administrativas e técnicas; fortalecimento da posição competitiva no mercado; fortalecimento da conveniência nos serviços oferecidos; fidelização dos clientes; melhorias qualitativas nas informações disponíveis sobre o cliente final; maior possibilidade de estimar demanda; atração de novos clientes; redução de oscilações na demanda por serviços; criação de barreira de entrada a novos concorrentes; ampliação da oferta de serviços a segmentos determinados; diminuição dos custos de transação.

## 2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O mercado empresarial é muito competitivo e como visto anteriormente, essa situação também ocorre com grande intensidade na área da saúde. Por isso, o Planejamento Estratégico poderá ser uma excelente contribuição para a melhoria nos processos gerenciais.

O Planejamento Estratégico (PE) é uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser seguida pela Organização, visando maior grau de interação com o ambiente (KOTLER, 2019). É um processo que consiste na análise sistemática dos pontos fortes e fracos da empresa (fatores internos), das oportunidades e ameaças do ambiente (fatores externos), sendo também uma estratégia para aumentar as chances de sucesso de uma empresa no mundo dos negócios (PADOVEZE, 2005).

Para Thompson (2003), os processos de elaboração e efetuação das estratégias para realizar o Planejamento Estratégico são: definir o negócio da empresa e formação de uma visão estratégica; tradução da visão estratégica em objetivos; elaboração da estratégia; implementação e execução da estratégia selecionada; avaliação do desempenho e ajuste.

Para a implantação do Planejamento Estratégico avaliam-se a cultura, os valores da Organização e as relações de poder existentes. Na elaboração da estratégia, desenvolvem-se a visão e a missão do negócio, estabelecendo os objetivos para alcançar os resultados desejados. A visão estratégica aponta para onde a Organização pretende ir, auxiliando na definição de sua identidade (BARBOSA, BRONDANI, 2005).

A missão empresarial deverá definir a razão de ser da organização, relacionando o negócio à satisfação das necessidades do ambiente organizacional. A missão deverá ser compartilhada pelo executivo principal e seus colaboradores imediatos. Após o consenso da missão, esta será o parâmetro para os movimentos e planos estratégicos. Para qualquer alteração na missão empresarial, será necessário o endosso de seus dirigentes (ANSOFF, 1990; GRACIOSO, 2007).

Para a implantação do Planejamento Estratégico, todos na empresa devem estar envolvidos e motivados, com a mesma linguagem. A gestão participativa é um dos ensinamentos básicos do planejamento estratégico, por permitir a participação de todos, fazendo com que entendam com clareza e possam opinar sobre o processo decisório, os objetivos e os princípios da organização (GIMENES, ROCHA, 2002).

As organizações necessitam de estratégias para orientá-las no cumprimento de seus objetivos. A elaboração da estratégia é tudo sobre como atingir as metas de desempenho, como superar os rivais, como atingir vantagem competitiva e sustentável, como reforçar a posição de longo prazo nos negócios da empresa, como transformar em realidade a visão estratégica da gerência para a empresa (THOMPSON, STRICKLAND, 2003, p.55).

A análise interna visa identificar as características competitivas (pontos fortes) e as que provocam desvantagens frente aos concorrentes (pontos fracos). O ambiente empresarial é instável, mutável e dinâmico, interagindo com as forças do ambiente externo, que oferece diversas oportunidades e ameaças (análise externa). Uma oportunidade bem aproveitada poderá proporcionar o aumento dos lucros da empresa e uma ameaça não administrada poderá acarretar em prejuízos (ANSOFF, MCDONNELL, 1993). Após analisados os aspectos

internos e externos, deverá realizar a determinação dos objetivos da empresa (BEUREN, 2000).

Para a elaboração da estratégia, serão estabelecidos os objetivos transformando a visão em metas de resultados e acompanhamento do desempenho, através de termos mensuráveis e prazos definidos. Os objetivos são o estado, situação ou resultado futuro que o executivo pretende atingir (OLIVEIRA, 1993). Os objetivos devem ser claros, específicos, mensuráveis, realísticos e estar adequadamente relacionados a fatores internos e externos da empresa e atrelados a um sistema de controle e avaliação estabelecidos. As metas são objetivos quantificados.

Após a tomada de decisão sobre determinada estratégia, o próximo passo é convertê-la em ações e resultados satisfatórios. A formulação de estratégias empresariais deve ser o resultado de uma série de análises dos diferentes aspectos que compõem cada alternativa, e ser a que representa a melhor interação entre a empresa e o ambiente.

A execução do processo de implementação causa impacto em todas as partes da estrutura organizacional, desde a maior unidade operacional até o menor grupo de trabalho. Por isso, embora os membros da alta gerência sejam os responsáveis finais pela efetivação da estratégia, todos devem estar envolvidos.

No mercado atual, em face de mudanças competitivas e tecnológicas expressivas, é necessário planejamento associado a um raciocínio explorador, por meio de uma projeção futura (ALBRECHT, 1994). Com essa abordagem de futuro, são necessárias medidas de resultados ou indicadores que ajudem a medir a eficácia das estratégias de ação. Esses indicadores devem ser adaptáveis às consequências das estratégias de ação e não devem ser centrados em êxitos ou fracassos.

## 2.5 BALANCED SCORECARD

O *Balanced Scorecard* (BSC) surgiu no início da década de 90, desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton, e pesquisadores da Universidade de Harvard. A primeira publicação em artigo foi em 1992 pela Harvard Business Review e, em 1996, foi lançado o livro intitulado “*Using The Balanced Scorecard as a Strategic Management System*” (KAPLAN, 1996).

O BSC é uma ferramenta de gestão, que leva em consideração a necessidade de as organizações atenderem um conjunto amplo de interesses e expectativas, acima do econômico e financeiro (GASPARETTO, BORNIA, 2000).

O BSC é um modelo de avaliação de desempenho organizacional que procura ir além das informações produzidas pelos indicadores financeiros tradicionais, uma vez que estes índices, por si só, são incapazes de avaliar os impulsionadores de rentabilidade a longo prazo. O foco do BSC está nos objetivos da organização, na coordenação do processo individual de tomada de decisão e no estabelecimento de uma base sustentável para que ocorra o processo de aprendizagem organizacional (KAPLAN, NORTON, 1997).

O BSC pode ser utilizado pelas organizações como um sistema de gestão estratégica, que permitirá: explicar, assim como traduzir a visão e a estratégia; comunicar e ligar objetivos estratégicos; definir a forma de mensurá-los; planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas; e melhorar o *feedback* e a aprendizagem (FREZATTI et al., 2009).

Para iniciar a gestão do BSC, será necessário traduzir a visão e a estratégia da empresa para transformar nos seus principais objetivos. Através da gestão participativa, todos devem conhecer com clareza sobre o processo decisório, os objetivos estabelecidos e os princípios da conduta organizacional durante sua trajetória (HERNANDES, CRUZ, FALCÃO, 2000).

Para tanto, deve ocorrer *feedback* estratégico, com a finalidade de verificar se as estratégias correspondem às expectativas que foram discutidas e determinadas. O *feedback* estratégico especifica em qual posição a empresa deseja estar nos próximos três ou cinco anos e desenvolve os caminhos para se atingir este objetivo (QUESADO, RODRIGUES, GUZMÁN, 2012).

A partir de objetivos estratégicos definidos segundo diferentes “perspectivas”, identifica-se os indicadores, as metas e as iniciativas que representam a visão futura desejada pelas principais lideranças da organização. A implementação bem sucedida deste plano exige a aplicação de um conjunto de práticas que direcionam a “organização orientada à estratégia”. (KARSTEN, 2014, p.1)

Para que o BSC traduza efetivamente as estratégias e missão da empresa em metas e indicadores específicos, seus autores integraram as medidas derivadas das estratégias em quatro perspectivas distintas: financeira; dos clientes; dos processos internos; da aprendizagem e do crescimento interno.

Para a perspectiva financeira, a empresa deverá associar os objetivos financeiros à sua estratégia, servindo como foco para as outras perspectivas, participando de uma relação de causa e efeito (OLIVEIRA, 2007). São avaliados três aspectos; a sobrevivência da empresa, o sucesso atual e a prosperidade. Os indicadores de desempenho não são apenas os produzidos pela tradicional teoria contábil, mas devem incluir a avaliação de quanta receita e quantos novos clientes serão gerados com o lançamento de novos produtos, por exemplo.

A perspectiva do cliente deverá auxiliar os executivos na identificação de clientes e de mercado onde as unidades de negócio possam competir, seja na participação de mercado; retenção; captação; satisfação e lucratividade dos clientes (KAPLAN E NORTON, 1997). Geralmente as preocupações dos clientes são classificadas em quatro categorias: tempo, qualidade, desempenho e serviço. Nesta perspectiva, é necessário também medir a lucratividade gerada por segmentos de mercado explorados pela empresa.

Na perspectiva dos processos internos, permite-se identificar os processos de negócio que a empresa necessita para melhorias, que correspondem aos objetivos estratégicos e se gerem valores. O sucesso de uma empresa pode ser resultante da organização e gerenciamento da sequência de atividades realizadas. Alguns pontos devem ser abordados, como: a qualidade intrínseca aos produtos e processos; a inovação; a criatividade gerencial; a capacidade de produção e seu alinhamento às demandas; a melhoria dos fluxos e da logística; a qualidade das informações, da comunicação interna e das interfaces (OLIVEIRA, 2007). Nesta perspectiva, deverá se construir indicadores que avaliem o processo de lançamento de novos produtos; a proporção das atividades que agregam valor e que sejam perceptíveis ao cliente; os serviços pós-vendas; e o gerenciamento da marca aliado à logística (GIMENES, 2002).

A perspectiva da aprendizagem e do crescimento interno relaciona-se com a satisfação e capacitação de quem executará a estratégia implantada pela organização. Nesta perspectiva, busca-se através do gerenciamento da relação dos colaboradores com a empresa, a satisfação, a motivação, a retenção, a efetividade do quadro de pessoal e a capacitação profissional. Segundo Kaplan (1998), o aprendizado e o crescimento são a base para implantação do modelo BSC, sendo que a empresa necessita ter esse diferencial para melhorar sua competitividade no mercado com relação às empresas que se encontram no mesmo nível nas três primeiras perspectivas abordadas (GIMENES, 2002).

A habilidade da empresa em proporcionar o desenvolvimento de pessoal, do conhecimento e o desenvolvimento tecnológico está intrinsecamente relacionada com a maximização do valor da empresa. Essa perspectiva irá servir de base para a elaboração da

infraestrutura necessária para gerar crescimento e melhorias, garantindo, em longo prazo, a solidez da organização frente ao mercado.

## 2.6 GERENCIAMENTO PELAS DIRETRIZES

O Gerenciamento pelas Diretrizes - GPD é um sistema administrativo que visa garantir a sobrevivência da empresa no mercado competitivo, através da visão estratégica estabelecida com base na análise do sistema empresa-ambiente, nas crenças e nos valores da empresa e através do direcionamento da prática do controle da qualidade por todas as pessoas da organização (CAMPOS, 1992). No GPD, o ponto de partida é o cliente e o objetivo principal é a qualidade dos serviços percebida pelo cliente.

A base para o GPD são as metas anuais definidas pela Organização, direcionando a rotina para um eficiente controle da qualidade. O planejamento da qualidade deverá estabelecer novas diretrizes para garantir níveis de controles excelentes e melhores que os da concorrência. O processo de desdobramento das diretrizes, metas e do controle são diferentes do tradicional, seguem a tática, implementação e operação para se conseguir visão competitiva (GIMENES, ROCHA, 2002).

O desdobramento das diretrizes ocorre com a divisão da diretriz original em várias outras diretrizes sob a responsabilidade de outras pessoas, num relacionamento meio e fim, de forma a garantir o cumprimento da mesma (CASTRO, 2013).

Interessa informar que o GPD é constituído por dois sistemas: Gerenciamento Funcional e Gerenciamento Interfuncional. O Gerenciamento Funcional cuida da manutenção e melhoria contínua da rotina diária, ou seja, é a prática do controle da qualidade. O Gerenciamento Interfuncional atua na solução dos problemas prioritários da alta administração.

O GPD deve garantir a revisão constante da visão da empresa. Para o desdobramento das diretrizes utiliza-se o PDCA, que é um ciclo que passa pelo P (*Plan*) - planejamento, D (*Do*) - execução, C (*Check*) – checagem e A (*Act*) – ações e tomada de decisões, em que este movimento cíclico possibilita a identificação de novos problemas ou melhorias. Deverá definir as metas (fins) e seus itens de controle; e os métodos-padrão (meios) necessários para atingir as metas, através da análise do processo (PRASHAR, 2017).

A execução do ciclo PDCA consiste em executar ou cumprir as tarefas, conforme planejamento. Para que isso ocorra de maneira efetiva, a capacitação dos funcionários é essencial e poderá auxiliar no cumprimento adequado das tarefas, reduzindo desperdícios e melhorando a gestão do tempo.

Na fase de checagem/avaliação do PDCA, deve-se realizar a verificação dos resultados, a partir de dados coletados na fase anterior, comparando-se o resultado alcançado com o planejado. Quando os resultados não são satisfatórios, a Organização deverá determinar as causas do desvio da meta e propor medidas corretivas com base nos dados e fatos percebidos.

A implantação do GPD promove o desenvolvimento das pessoas, por meio de educação, treinamento e prática. O objetivo é fazer com que as pessoas percebam os problemas dentro de sua função, para posteriormente adquirirem a habilidade de planejar, visualizando os problemas interfuncionais e sendo colaborativas para sua solução. Dessa forma, as pessoas adquirem a habilidade de gerenciar as diretrizes (CAMPOS, 1992).

## 2.7 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade da assistência à saúde é definida como o grau em que os serviços de saúde melhoram a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006).

A gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos que comprovem um padrão de excelência assistencial, com a premissa de melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados. A gestão da qualidade é a busca constante por reduzir a complexidade dos processos, o desperdício de recursos, permitindo atingir melhor eficiência, satisfação do cliente, segurança, efetividade dos serviços prestados, além de lucratividade (MISOCZKY, VIEIRA, 2001; CORREIA, PADILHA, VASCONCELOS, 2014).

A avaliação em saúde tem suas raízes históricas na Grécia Antiga, onde alguns filósofos como Platão referia-se a conceitos de excelência e a importância da padronização dos serviços (NOGUEIRA, 1994). A qualidade do produto ou serviço pode ser mantida quando ocorre constante avaliação e reavaliação do desempenho e da eficiência, onde a instituição poderá tornar-se uma referência para os demais serviços (DONABEDIAN; 1992; GUERRINI, et.al., 2014; CARVALHO, 2004).

De fato, a qualidade deve ser compreendida como um parâmetro da avaliação que visa investigar, estabelecer, aperfeiçoar e fornecer os mais elevados padrões de atendimento ao cliente. É crescente a avaliação dos serviços de saúde, onde se busca fornecer dados precisos da amplitude e extensão dos programas e ações de saúde, de forma a interferir diretamente no gerenciamento da instituição (PERTENCE, MELLEIRO, 2010).

A partir de 1990, surgiram iniciativas para acreditação hospitalar com a finalidade de implantar um processo de melhoria na assistência. A acreditação na área de saúde é um instrumento de aferição da qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. A acreditação é um procedimento voluntário, periódico e reservado de avaliação dos recursos institucionais, que confere ao cliente a confiança na organização de saúde que apresenta concordância com determinados padrões de qualidade (QUINTO NETO, 2000).

O Ministério da Saúde criou o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que incentivou financeiramente as reformas dos hospitais, aquisição de novos equipamentos, assim como o aprimoramento da assistência e da gestão hospitalar (POLIZER, D'INNOCENZO, 2006). No Brasil, uma das formas de se obter a acreditação é através das instituições credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que analisam os níveis de conformidade com padrões estabelecidos em um manual de avaliação (CARVALHO, et al., 2004).

Outra forma de avaliação dos EASs é o processo de Certificação. A certificação é conceituada pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas - ABNT como um processo no qual uma entidade independente avalia se determinado produto atende às normas técnicas. A certificação identifica certo grau de treinamento ou desempenho pré-determinados (WISH, 1998). A avaliação se baseia em auditorias no processo produtivo através da coleta de ensaio de amostras. Quando uma organização tem resultado satisfatório na auditoria de certificação, recebe o direito ao uso da Marca de Conformidade ABNT em seus produtos (FORTES, 2007; MAEKAWA, CARVALHO, OLIVEIRA, 2013). Uma das possibilidades de certificação de OPSS e instituições de saúde é a ISO - *International Organization for Standardization*.

A certificação ISO é uma declaração emitida por um organismo de certificação credenciado, que atesta que a organização solicitante cumpre com os requisitos das normas ISO 9001, voltada para a melhoria contínua e padronização de processos assistenciais. A NBR ISO 9001:2008 foi substituída pela versão ISO 9001:2015 que atualizou os requisitos da norma.

Os princípios de Gestão da Qualidade das Diretrizes ISO incluem foco no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem de processo, abordagem do sistema de gestão, melhoria contínua, enfoque na tomada de decisões e relacionamento com os clientes.

Quando uma empresa define que deseja ser certificada pela ISO 9001 deverá desenvolver ações do Sistema de Gestão da Qualidade, padronizando seus produtos ou serviços, com a confecção de procedimentos operacionais e sistêmicos, que nortearão a instituição em seu funcionamento.

Após a contratação da empresa acreditadora, a organização passará por uma auditoria que avaliará seus processos de qualidade, e somente após esta aprovação receberá a certificação (XAVIER, 1995). Porém, é necessário a recertificação após um ano com uma auditoria de manutenção. Caso não ocorram as auditorias de manutenção, o certificado da empresa será cancelado (VLOEBERGHES, BELLENS, 1996; VALLS, 2004; 2005). Este ciclo de certificação e recertificação mantém a continuidade do Sistema de Gestão da Qualidade e faz com que aumente a confiabilidade do serviço fornecido aos clientes.

## 2.8 INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores de qualidade em saúde são considerados como unidades quantitativas que orientam a monitorização, a avaliação da qualidade dos serviços prestados aos clientes e as atividades de suporte (MAINS, 2003; LEE, WALTER, 2011).

A avaliação da qualidade assistencial poderá se apoiar na utilização de indicadores de estrutura, processo e resultado. A estrutura implica nas características referentes à parte física de uma instituição, instrumentais, recursos humanos, infraestrutura referente à organização, a materiais, a financeiros e ao modelo organizacional. O processo é referente ao conjunto de relações técnicas e/ou administrativas estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento. O resultado concerne às características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde da população (REIS, 1990; BITTAR, 2001).

Os indicadores são muito importantes para a gestão do serviço de saúde, pois propiciam o reconhecimento de problemas existentes, subsidiam ações preventivas e corretivas de processos e auxiliam na tomada de decisões. Os indicadores também apresentam influência na prestação de serviço ao cliente, pois os seus resultados possibilitam a revisão

dos protocolos assistenciais, análise da assistência e estabelecimento de padrões de excelência (TRONCHIN, et.al., 2009).

Acredita-se que um conjunto de indicadores permitirá uma adequada avaliação dos EASs, integrando a um rol de importantes ferramentas destinadas a avaliar e monitorar a qualidade de um serviço, promovendo eficiência, eficácia, confiabilidade e completude dos processos de trabalho. Porém, será necessária uma análise e interpretação dos indicadores de qualidade para que as decisões gerenciais sejam tomadas de forma assertiva (CONTANDRIOPOULOS, et. al, 1997; TRONCHIN, et.al., 2009).

Os gestores devem saber quais as respostas buscam nos indicadores de qualidade, e se estas fornecerão possibilidades de uma visão adequada para o desenvolvimento do seu produto ou serviço. A mensuração dos resultados de forma mais assertiva terá impacto direto na satisfação dos clientes (VANTI et. al., 2013). Os itens de controle auxiliam no gerenciamento.

Atualmente, as publicações relacionadas a indicadores de qualidade em Fisioterapia são escassas (SOUZA, 2013), principalmente relacionados ao gerenciamento de serviço de saúde ambulatorial. A maioria dos artigos encontrados refere-se a indicadores hospitalares, de análise de resultados de estudos em doenças e outros relacionados à gestão geral de serviços de saúde (RUTTEN, et.al. 2013; PETER, 2016; WESTBY, et.al., 2016).

### 3 CONTEXTO INSTITUCIONAL DA CF - FERRAMENTAS DE GESTÃO

As ferramentas de gestão utilizadas pela CF serviram como suporte para o desenvolvimento posterior dos indicadores e análises de resultados. Será descrito o gerenciamento da CF ao longo do período analisado.

Em novembro de 2014 foi feito, junto à OPPS, o PE de 2015, definindo-se objetivos estratégicos, missão, visão e valores da operadora e suas perspectivas: econômico-financeira; de clientes; processos internos; aprendizado e crescimento. Anualmente esse processo se repetia para continuidade do PE e adequações (TAYLOR, 1975).

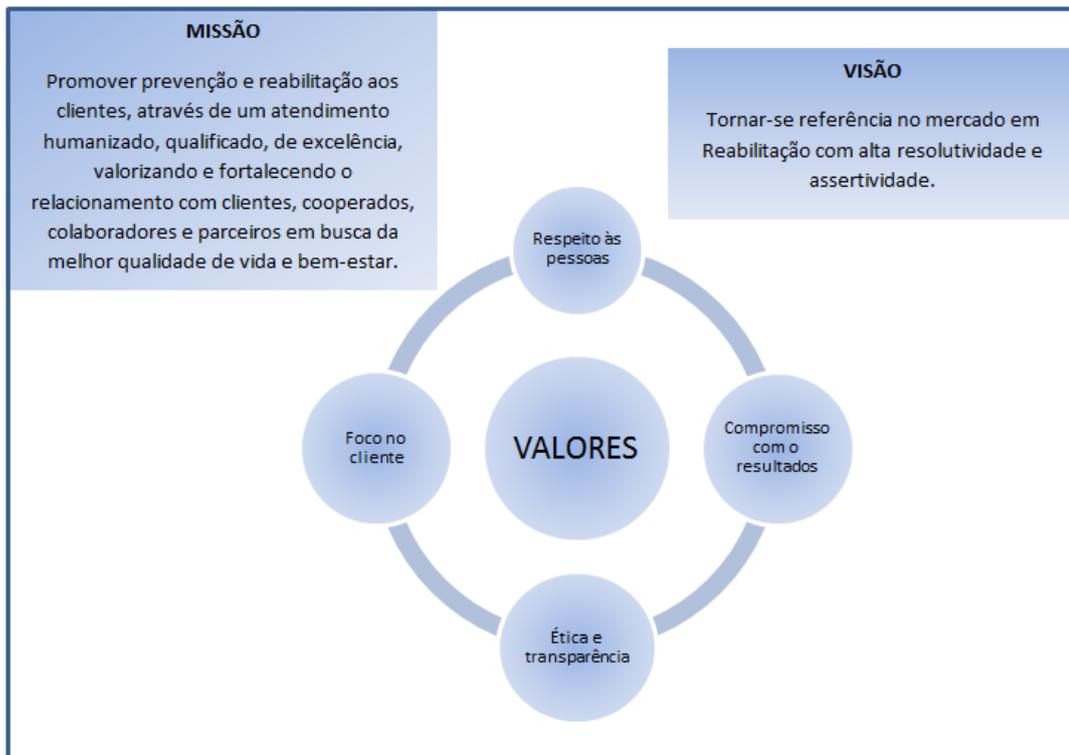
Na sequência, desenvolveu-se o planejamento tático da gestão e coordenação da CF, conforme as premissas já definidas no PE da OPPS. A partir das perspectivas do PE, analisou-se a participação da CF para alcançar os resultados almejados, com atenção aos desdobramentos que poderiam ser aplicados para a contribuição do serviço à OPPS e os respectivos objetivos. Por fim, avaliaram-se as ações e expectativas de resultados, em que houve o desenvolvimento dos indicadores táticos da CF.

A etapa seguinte envolveu o Planejamento Operacional, em que buscou-se analisar o plano tático, com desdobramentos em indicadores operacionais que pudessem refletir, ao final de cada ano, os resultados esperados no PE da OPPS. Tais índices foram lançados no SigQuali, sistema de gestão da qualidade que descreve objetivos, fórmula de cálculo, periodicidade e meta estabelecida. O SigQuali é um *software* hospedado no datacenter da *Amazon.com*, com certificação ISO 27001, fornecido pela IAG Saúde.

Para melhor definição das atividades a serem desenvolvidas, a CF elaborou a missão, visão e valores do serviço, conforme a Figura 1.

A CF também estabeleceu o Mapa Estratégico conforme a Figura 2, baseado no BSC da OPPS, sendo específico para a filial.

A OPSS e a CF utilizaram denominações próprias para as Perspectivas Financeira e do Cliente. A Perspectiva Financeira foi identificada como Econômica Financeira, enquanto a Perspectiva do Cliente instituiu como i) Mercado e Imagem e ii) Cooperado e Credenciado. (KAPLAN, NORTON, 1993; NEVES, PALMEIRA FILHO, 2002; MAHOLLAND, MUETZ, 2002; NOVENTA, et. al., 2003).

**FIGURA 1 – MISSÃO, VISÃO E VALORES DA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA****FIGURA 2 - MAPA ESTRATÉGICO DA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA**

	ECONOMICA-FINANCEIRA	
<b>PERSPECTIVA FINANCEIRA</b>	Otimizar a oferta dos serviços da Clínica de Fisioterapia.	Demonstrar a economia obtida com o modelo diferenciado, otimizado, eficaz e com a qualidade prestada.
	MERCADO E IMAGEM	COOPERADO E CREDENCIADO
<b>PERSPECTIVA DO CLIENTE</b>	Fortalecer a imagem da Clínica de Fisioterapia e divulgar os serviços prestados aos clientes e cooperados.	Estabelecer um canal de comunicação com o cooperado a fim de fortalecer a parceria e dar visibilidade aos serviços prestados ao cliente.
<b>PERSPECTIVA PROCESSOS INTERNOS</b>	Otimizar os processos internos da Clínica de Fisioterapia.	Integrar os processos e unificar o sistema de informação com os demais serviços próprios.
<b>PERSPECTIVA APRENDIZADO E CRESCIMENTO</b>	Desenvolver pessoas e capacitar tecnicamente à equipe da Clínica de Fisioterapia.	

O primeiro objetivo da Perspectiva Econômica Financeira foi denotar a viabilidade econômica da CF para a OPSS, fundamentado na essência de demonstrar resultados

econômicos das unidades de negócio. Porém, aliada a essa viabilidade, propôs-se trabalhar para mostrar que, para alcançar a qualidade, nem sempre será possível ter um valor de sessões abaixo do mercado, mas em contrapartida, obtêm-se um resultado de longo prazo na redução do custo assistencial da operadora (PORTER, 1985; PORTER, TEISBERG, 2007; NAKAGAWA, 2014).

Na perspectiva Clientes, dividia-se em Mercado e Imagem, Cooperado e Credenciado. Um dos objetivos utilizados foi divulgar a CF com foco no cliente interno, cliente externo, médicos e prestadores com o propósito de inserir o serviço próprio na vida desses clientes (MEIRELES, 2001; MACHADO, NOGUEIRA, 2008; DEVREUX, 2012).

Na perspectiva dos Processos Internos, o objetivo foi integrar a Clínica aos demais serviços próprios, buscando maior efetividade nos atendimentos, melhor acompanhamento tático e operacional, maior controle gerencial das unidades, sendo necessário que o sistema de gestão estivesse aderente ao modelo do negócio (HARRINGTON, 1993; KAPLAN, 2006).

Na perspectiva de Aprendizado e Crescimento, o objetivo foi capacitar a equipe nas áreas técnica e mercadológica relacionada à atividade fim de cada área de negócio da empresa. A CF entendia que os profissionais qualificados e especialistas em sua atividade fim construiriam diferenciais competitivos frente ao mercado, além de serem responsáveis pelo nível de atendimento da empresa (BARBOSA, 2015).

No processo de Desenvolvimento é importante que se conheça o posicionamento de cada colaborador dentro da empresa e diante de seu papel/função. Todos os colaboradores deverão ser avaliados e/ou “conhecidos” de acordo com o papel por ele desempenhado. Os colaboradores podem estar “aderentes ao papel”, “abaixo do papel” e/ou “superior ao papel”. Com base neste posicionamento, a gestão terá meios para tomada de decisão sobre o futuro do colaborador.

Para a aplicação do GPD, analisavam-se os indicadores internos que buscavam melhorar a qualidade do atendimento aos clientes. Os indicadores foram lançados no sistema SigQuali, além das análises crítica e de tendência, com disponibilização de evidências para melhor acompanhamento dos resultados. Fazia-se necessário o lançamento da meta realizada do indicador, em que se avaliava o planejado x alcançado. O preenchimento da análise crítica deveria conter as informações: análise de tendência (comparativo aos indicadores lançados anteriormente); realizar as informações baseadas no Diagrama de Ishikawa (MEIRELES, 2001) (método, máquina, medida, meio ambiente, material e mão de obra), a fim de identificar as causas verdadeiras e realizar as correções dos problemas; apresentar os resultados alcançados e inferir observações quando necessário. Almejava-se que os

documentos/relatórios/planilhas comprobatórios do indicador fossem anexados no Sistema SigQuali para conferência das informações, demonstração de evidências e comprovação dos resultados apresentados.

Quando os indicadores eram lançados e ainda não se havia alcançado as metas estabelecidas, desenvolvia-se um Plano de Ação (PA), que deveria ser identificado com nome, data de elaboração, responsável, tipo de ação (corretiva ou preventiva), descrição do problema que gerou o não alcance da meta, análise 5W2H (o quê, por quê, quando, como, onde, quem e custo) (LISBOA, GODOY, 2012) e dos riscos. A ferramenta 5W2H parte da medida definida pelo desdobramento da meta (*What*), identifica quem é o responsável pela ação (*Who* - quem) e o local onde ocorrerão (*Where* – onde), dá o motivo, a explicação das razões para que tais ações sejam realizadas (*Why* – porquê), mostra como as medidas podem ser executadas (*How* – como) e detecta quanto deve ser gasto com esta produção (*How Much* – quanto custa). A ferramenta 5W2H permite constatar os aspectos que devem ser definidos em um Plano de Ação (PA) e estes promovem o movimento das atividades em busca de melhoria de processos e aplicação aos resultados de serviços fornecidos aos clientes.

O PA poderia ser definido como *status* planejado, em andamento ou concluído, de acordo com a realização e a definição do período das ações, além de suas justificativas. Para melhor controle do PA, a análise de resultados seria realizada através do acompanhamento do cronograma de atividades.

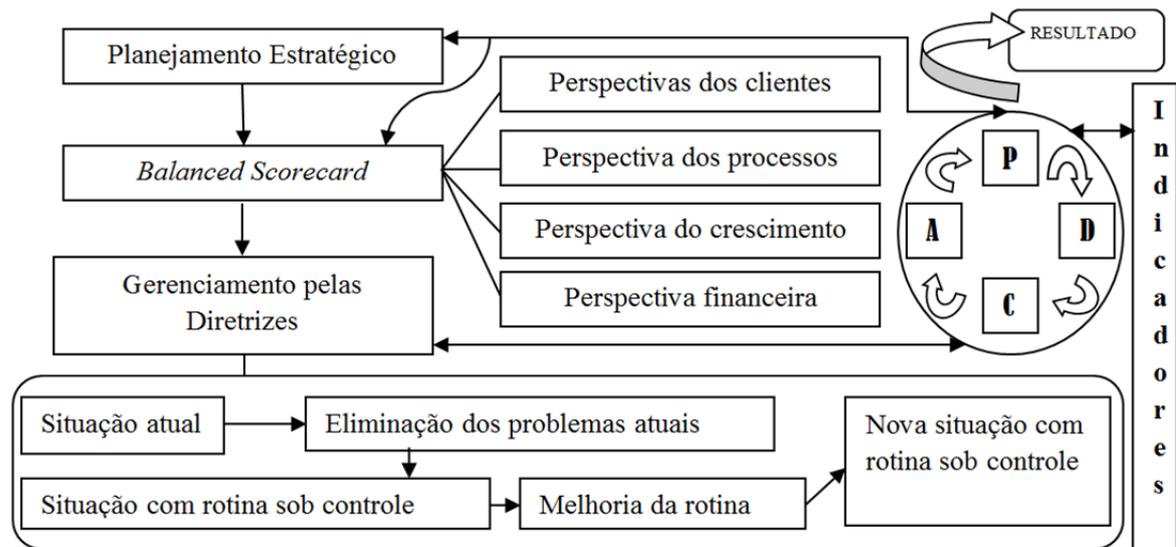
Porém, com o decorrer do acompanhamento dos indicadores e dos serviços realizados pela CF, em algumas situações, houve incremento de planos de ação para melhorar os processos ou corrigi-los se necessário.

Os resultados dos indicadores eram apresentados para a equipe interna da CF em uma reunião para integração das informações. Nestas reuniões, eram definidos também temas de estudo, treinamentos, qualificações necessárias e informações gerenciais para que todos acompanhassem a evolução do PE, BSC aliado aos resultados do GPD.

Além das evidências no SigQuali que permitiam a consulta e validação das informações apresentadas, a CF preenchia uma matriz de atividades, que servia de página de rosto para eventuais consultas rápidas para as gestões táticas e executivas.

Para exemplificar o funcionamento gerencial da CF, a Figura 3 demonstra as relações entre as ferramentas de gestão utilizadas para o adequado funcionamento do serviço.

**FIGURA 3 - FUNCIONAMENTO DO GERENCIAMENTO DA CF**



Fonte: Desenvolvido pelo autor

Durante o estudo, verificou-se a aplicação de indicadores pela CF. Esses indicadores serviram como apoio para a criação dos novos indicadores dessa pesquisa, através da utilização de dados informados pela CF e que permitiram uma continuidade ao longo do tempo pesquisado. Foi percebido que a maioria dos indicadores que estavam sendo mensurados em 2014, relacionava-se à produtividade e pouco se media a qualidade do serviço prestado. Dessa forma, iniciou-se um estudo de como seria possível estabelecer indicadores de qualidade que pudessem refletir em melhoria nos atendimentos e nos processos da CF.

Dentre os indicadores utilizados internamente pela CF, alguns foram descontinuados durante o período pesquisado (entre 2014 e 2017), enquanto outros foram acrescidos conforme equipe estratégica da OPSS e Sistema de Gestão da Qualidade. Com a finalidade de evitar a exposição de informações gerenciais não autorizadas à divulgação pela CF, serão citados os indicadores internos sem discussão de suas metas, objetivos ou resultados. Estes indicadores também serviram de subsídio para a criação dos indicadores propostos neste estudo.

Alguns dos indicadores independentes do estudo, utilizados pela CF foram: satisfação do cliente interno; adesão às atividades propostas pela qualidade; monitoramento da dor do paciente; realização de reunião “Ká entre Nós”; taxa de ocupação; taxa de agendamento; taxa de aproveitamento de horário; percentual de contra referência enviada ao médico na alta do paciente; produtividade (com embasamento na Resolução 387/2011 do COFFITO); tempo médio de espera (recepção); participação sobre a rede prestadora; taxa de adesão ao

tratamento de ortopedia, taxa de agendamento, taxa de aproveitamento de horário; satisfação dos médicos com relação ao serviço prestado; satisfação dos clientes (pacientes); dentre outros indicadores orientados pela equipe de gestão estratégica da CF.

Um importante procedimento realizado pelo Sistema de Qualidade e que foi percebido como fundamental para a manutenção da padronização dos serviços prestados, conforme preconizado pela ISO 9001, foi o controle bimestral dos processos mapeados, onde se analisavam os procedimentos operacionais padrões (POP) e procedimentos sistêmicos (PRS) da CF. Dessa forma, caso alguma alteração fosse realizada durante esse período, os POPs e PRS eram imediatamente alterados e adequados. Esse acompanhamento teve como principal objetivo manter uma padronização das atividades realizadas dentro da CF que, pela diversidade de profissionais atuantes e para manter a qualidade dos atendimentos prestados, necessitavam de um direcionamento para que os planos terapêuticos fossem mais resolutivos.

Outra vertente da necessidade de atualização dos procedimentos descritos no gerenciador de documentos - GED, é permitir que, quando novos colaboradores fossem admitidos pela CF, poderiam analisar esses POPs e PRSs para realizar os treinamentos, capacitações e tirar dúvidas. Esses procedimentos eram acompanhados no Gerenciador de Documentos (GED) da OPPS, onde todos os colaboradores do serviço tinham acesso. Sempre que houvesse alterações nos procedimentos e sua atualização era realizada, a equipe era informada dessas alterações e fazia-se um controle de acesso no GED, para garantir que toda a equipe de trabalho estivesse com as informações atualizadas para minimizar falhas na assistência ou de processos.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho é uma versão final da Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica da Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Doutorado Acadêmico, Área de Concentração: Processamento da Informação e Linha de Pesquisa: Engenharia Biomédica. O estudo desenvolvido é de abordagem retrospectiva, quali-quantitativa, descritiva e longitudinal (THIOLLENTE, 1998; TURATO, 2005; GIL, 2007; SEVERINO, 2017).

A pesquisa foi realizada em uma Clínica de Fisioterapia (CF), filial de uma Operadora de Plano de Saúde Suplementar, unidade verticalizada, localizada na cidade de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.

A descrição da CF e as informações contidas abaixo referem-se ao período pesquisado entre 2014 e 2017. No período em que ocorreu a pesquisa, também se encontrava no mesmo espaço físico, os serviços de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da OPPS.

O serviço recebeu a certificação ISO 9001:2008 pela DNV – GL, que é uma instituição Certificadora para o Setor de Saúde em outubro de 2014; passou por auditoria de manutenção em outubro de 2015, assim com recertificação em 2016 e nova auditoria de manutenção em 2017 e se preparava para passar no ano seguinte pela ISO 9001:2015. A ISO 9001:2008 é reconhecida internacionalmente, é genérica e aplicável a qualquer serviço de saúde, bem como a OPSS, tendo como objetivo estabelecer requisitos internacionais para sistema de gestão da qualidade.

A pesquisa utilizou-se de dados secundários fornecidos pela CF, desde 2014, com acompanhamento da evolução dos indicadores de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A população foi constituída de todos os dados fornecidos e pertinentes aos instrumentos e modelos gerenciais efetivados na empresa, assim como a avaliação de 4.773 prontuários em cada indicador e 24 fisioterapeutas.

Como critérios de inclusão foram utilizados todos os dados fornecidos pela CF, os quais serviram para o cálculo dos indicadores. Exclui-se do estudo os dados fornecidos e que não tiveram ligação direta com a implantação dos instrumentos e modelos de gerenciamento implementados na empresa.

A avaliação dos resultados fornecidos pelos indicadores teve como propósito:

- a) avaliar a qualidade do serviço dos fisioterapeutas;
- b) identificar os treinamentos e capacitações adequados à necessidade dos profissionais para proporcionar a melhor qualidade de serviço para os clientes;
- c) verificar se os resultados do acompanhamento dos fisioterapeutas e indicadores ao longo do tempo podem ser percebidos pela gestão;
- d) verificar se há diferenças entre atendimentos em grupo ou individuais com relação à qualidade assistencial;
- e) realizar controle de qualidade;
- f) fornecer subsídios para análise gerencial dos serviços de Fisioterapia ambulatoriais;
- g) verificar se a aplicação dos indicadores e suas análises podem direcionar o investimento no parque tecnológico e direcionamento do serviço.

#### 4.1 SELEÇÃO DO CASO

O caso selecionado foi a Clínica de Fisioterapia (CF), localizada na cidade de Uberlândia - Minas Gerais - Brasil, sendo a escolha baseada nas seguintes razões:

- a) iniciativa da Coordenação da CF em desenvolver um estudo piloto sobre o gerenciamento realizado;
- b) a percepção por parte da pesquisadora nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais fisioterapeutas em suas clínicas, devido à escassez de pesquisas que auxiliem na gestão de serviços de Fisioterapia a nível ambulatorial;
- c) a diferenciação do sistema de gestão de qualidade já implantado na CF e o desenvolvimento de processos bem estruturados, padronizados e organizados, com base no processo de Certificação ISO 9001:2008, na ocasião da definição da seleção do caso;
- d) o modelo de gestão da matriz e da filial, com diferencial de mercado pela organização de seus processos internos e alto investimento em capacitação da equipe tática e operacional;
- e) um fator importante foi a verificação que a OPPS e sua filial trabalhavam com o PE, BSC, GPD e no início da pesquisa estava em processo de Certificação ISO 9001:2008, que tinha como foco principal a melhoria nos processos, foco no cliente

- e na qualidade dos atendimentos, vindo de encontro com os objetivos da proposta da pesquisa – o serviço foi certificado ISO 9001:2008 em outubro de 2014;
- f) consentimento da direção: para a aplicação dos estudos, por ser necessário o acesso aos dados financeiros e estratégicos da Cooperativa, tornou-se essencial o consentimento da Direção;
  - g) a possibilidade de demonstrar que por meio de um serviço adequadamente gerenciado, a viabilidade de investimentos tecnológicos assertivos pode-se tornar um diferencial no mercado competitivo atual;
  - h) a CF possuir sistema informatizado SigQuali de controle dos indicadores da Gestão da Qualidade e Gerenciador de Documentos (GED) com dados bem organizados para a pesquisa;
  - i) outro fator que contribuiu para a realização da pesquisa na CF foi o fato de a pesquisadora fazer parte do quadro de colaboradores no período do estudo.

No início dos estudos, o gestor administrativo financeiro sugeriu incluir o Custeio ABC, mas após análise da aplicabilidade, esse tema foi retirado da pesquisa para melhor direcionamento dos estudos (BOTELHO, 2006; MONROY, NASIRI, PELAÉZ, 2012; GASPARETTO, 2015).

## 4.2 PREPARAÇÃO

Esta etapa incluiu uma revisão da literatura sobre Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares; Cooperativas de Saúde; Serviços de Saúde; Planejamento Estratégico; *Balanced Scorecard*; Gerenciamento pelas Diretrizes; Custeio ABC; qualidade de serviços de saúde; ISO 9001; Indicadores de qualidade em saúde e/ou Fisioterapia e suas relações diretas ou indiretas.

A pesquisa foi aplicada na CF, de 2015 a 2017, sendo coletados dados desde 2014 através de: documentação, consulta aos sistemas utilizados pela CF, observações e relatórios gerenciais. A pesquisa analisou os dados secundários fornecidos pela empresa, com participação indireta de participantes, sem identificá-los.

### 4.3 RECOLHIMENTO DOS DADOS

Inicialmente, com o propósito de atender ao objetivo do estudo qual seja: identificar e analisar os dados necessários ao delineamento da pesquisa conduziu-se pela busca de documentos com o setor de Contabilidade da OPSS, Gestão de Recursos Próprios, Coordenação da área da Qualidade e Coordenação da CF.

Foram analisados os dados referentes às sessões de Fisioterapia no *Software Doctor's Office* (uso da CF) e comparativo com o *Business Intelligence –BI QlikView* (uso na OPSS), para compreender parte do funcionamento do serviço em estudo.

Para o acompanhamento do PE, foram analisados os documentos de 2014 a 2017 encontrados em meio físico e digital na CF e OPSS.

Outras informações foram coletadas no GED – Gerenciador de Documentos da OPSS, pesquisando-se os POPs da Matriz e da filial (CF), PRSSs, Mapa de Processos, Cadeia Cliente Fornecedor (CCF), Documentos internos e contratos de acesso restrito a Operação. A cada atualização ocorrida durante os anos, foram acompanhadas e analisadas as relações com a proposta do estudo.

O *Software* Integrado de Gestão da Qualidade SigQuali foi amplamente usado para o acompanhamento das informações referentes aos indicadores internos da CF e planos de ação descritos ao longo do tempo.

Por meio da disponibilização de vários dados e índices relativos aos processos internos da CF foi possível a realização da pesquisa. Alguns dos dados incluem: dados de satisfação dos clientes internos e externos; satisfação dos médicos dos pacientes; informações sobre a identificação da sensação de dor antes e depois do tratamento; informações gerais sobre o desempenho dos fisioterapeutas; produtividade; e dados contidos em prontuários. Os indicadores já utilizados pela CF foram acompanhados pela pesquisadora, assim como seus relatórios e resultados para verificar a evolução do serviço prestado. As informações relacionadas aos resultados dos indicadores internos utilizados pela CF não serão expostas no estudo, porém serviram de subsídios para o desenvolvimento deste estudo.

Na análise dos indicadores disponíveis no *Software* SigQuali percebeu-se que vários indicadores utilizados pela CF foram descontinuados ou alterados, dificultando uma análise na linha do tempo de seus impactos na qualidade gerencial e assistencial. Desta forma, uma das funções desta pesquisa seria analisar e desenvolver uma maneira de utilizar estes dados

para verificação da qualidade dos serviços prestados pela empresa e as possibilidades de interferência na tomada de decisões de gerenciamento da CF.

Os dados disponibilizados pela CF utilizados para desenvolver novos indicadores se basearam em:

- a) identificação do cliente;
- b) diagnóstico clínico;
- c) diagnóstico fisioterapêutico;
- d) segmento tratado;
- e) observações das análises dos supervisores dos prontuários;
- f) identificação do fisioterapeuta responsável pelo atendimento ao cliente;
- g) período de análise do prontuário.

No que tange a esses dados disponibilizados, dois fisioterapeutas experientes da CF avaliavam os prontuários de seus pares, assim como também um terceiro fisioterapeuta responsável técnico pela CF. O fisioterapeuta experiente não avaliou seus próprios prontuários, conforme orientação da instituição.

A partir destes dados, a pesquisadora criou uma planilha com os seguintes campos:

- a) **número do cliente:** ressalta-se que, por motivo de sigilo e ética, nenhum dos dados fornecidos aos pesquisadores identifica os clientes participantes por nome. Os pacientes são identificados com a letra P e quatro números à frente, por exemplo, P0200. Destaca-se que o mesmo cliente, quando atendido em trimestres diferentes, permaneceu com a mesma numeração;
- b) **diagnóstico clínico:** documento encaminhado previamente pelo médico assistente do cliente ao serviço de Fisioterapia durante a indicação de tratamento, sendo transcrito na planilha;
- c) **regiões tratadas:** identificação de qual a região ou segmento que o paciente foi tratado. As regiões incluídas foram - membros inferiores (MMII); membros superiores (MMSS); coluna; coluna e membros (coluna e MM); articulação temporomandibular (ATM), neurologia adulto, neurologia infantil, oncologia com distúrbios funcionais; reabilitação vestibular; uroginecológica e pós mastectomizadas;

- d) **especialidades fisioterapêuticas:** para a definição das especialidades, foram utilizadas as Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (189/1998; 219/2000; 260/2004; 318/2007; 337/2007; 362/2009; 364/2009; 372/2009; 398/2011; 399/2011; 402/2011; 443/2014; 454/2015; 476/2016; 465/2016). Dessa forma, conforme o perfil dos pacientes, definiu-se por usar as especialidades: Cardiovascular, Neurofuncional, Respiratória, Traumato-Ortopédica e Saúde da Mulher;
- e) **número do fisioterapeuta:** Os 24 indivíduos que participaram do Indicador de Avaliação Técnica por Fisioterapeuta foram identificados com a letra F e um número de 1 a 24 (F1 a F24);
- f) **observações:** Por meio das observações das análises dos supervisores (internos da CF) dos prontuários; separou-se em três observações distintas (Obs. 1 – Obs.2 – Obs.3). Essas observações consideravam os objetivos terapêuticos alcançados (os objetivos não foram explicitados à pesquisadora); informações sobre o preenchimento da evolução fisioterapêutica; adesão do paciente/família ao tratamento fisioterapêutico, intercorrências clínicas que afetaram a evolução do tratamento; e informações importantes para o desenvolvimento dos indicadores deste estudo;
- g) **trim/ano:** Por meio do período de análise do prontuário, estabeleceu-se o uso da representação de 01 a 04 para os trimestres e 2015-2016-2017 para os anos, conforme Quadro 1;

**QUADRO 1 - FORMATO UTILIZADO PARA IDENTIFICAR TRIMESTRE/ANO**

Meses	Ano		
	2015	2016	2017
Janeiro	01-2015	01-2016	01-2017
Fevereiro			
Março			
Abril	02-2015	02-2016	02-2017
Maio			
Junho			
Julho	03-2015	03-2016	03-2017
Agosto			
Setembro			
Outubro	04-2015	04-2016	04-2017
Novembro			
Dezembro			

Fonte: Elaboração própria

- h) **avaliação técnica do fisioterapeuta - ATF** – Destinado a incluir os escores de 1 a 5 referentes ao indicador, conforme Tabela 3;
- i) **resolutividade por objetivos terapêuticos - ROT** – Destinado a incluir os escores de 1 a 5 referentes ao indicador, conforme Tabela 4;
- j) **resolutividade por especialidade fisioterapêutica - REF** - Destinado a incluir os escores de 1 a 5 referentes ao indicador, conforme Tabela 5.

A planilha (Quadro 2) facilitou a ordenação e a organização dos dados. A consolidação realizada desta maneira fundamentou os conhecimentos e promoveu as informações para este estudo.

**QUADRO 2 - PLANILHA PARA ESTUDO DOS INDICADORES ATF, ROT E REF**

NÚMERO DO CLIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	REGIÕES TRATADAS	ESPECIALIDADES FISIOTERAPÊUTICAS	NÚMERO DO FISIOTERAPEUTA	OBSERVAÇÕES			TRIM/ANO	ATF	ROT	REF
					OBSERVAÇÃO 1	OBSERVAÇÃO 2	OBSERVAÇÃO 3				
P0003	TENDINITE DO OMBRO D	MMSS	TRAUMATO-ORTOPÉDICA	F14	EXCELENTE RESULTADO NO TITO FT	ATINGIU 3/3 OT	MELHORA ADEQUADA DO QF	03-2016	5	5	5

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da CF

Os dados apresentados na tabela e acompanhados pela pesquisadora tem potencial para produzir diversas informações. Além disso, obtendo-se o cruzamento dos dados, várias análises gerenciais podem ser estabelecidas (Figura 4).

Os dados servem de apoio ao desenvolvimento da análise crítica dos indicadores, assim com também permitem o desdobramento de informações que podem ser detalhadas para a gestão, de forma que vários indicadores poderão ser criados conforme a necessidade da EAS. Portanto, por meio de uma análise criteriosa dos prontuários e da seleção de dados formatados em uma planilha de acompanhamento contínuo, esses recursos poderão ser muito úteis para se obter um detalhamento da situação momentânea e a análise de tendência.

Ressalta-se que, por motivo de sigilo e ética da empresa, nenhum dos dados foi acompanhado de nomes, idades ou gênero, o que impossibilitou a identificação de qualquer um dos participantes. Além disso, o instrumento utilizado para a coleta dos dados também não será disponibilizado. O estudo foi submetido ao CEP da Universidade Federal de Uberlândia, sob o Parecer: 3.267.133.

FIGURA 4 - DADOS OBTIDOS EM PRONTUÁRIO

<b>NÚMERO DO CLIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a evolução do paciente ao longo do tempo;</li> <li>• Analisar a fidelização do cliente ao retornar para novos tratamentos.</li> </ul>
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar a tendência de encaminhamentos;</li> <li>• Verificar a necessidade de capacitação da equipe em caso de diagnósticos prevalentes.</li> </ul>
<b>REGIÕES TRATADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o perfil de atendimentos;</li> <li>• Analisar necessidade de capacitação da equipe, relacionando os dados.</li> </ul>
<b>ESPECIALIDADES FISIOTERAPÊUTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar resultados dos serviços prestados conforme a especialidade;</li> <li>• Analisar a necessidade de capacitação e/ou contratação de especialistas conforme demanda da especialidade.</li> </ul>
<b>NÚMERO DO FISIOTERAPEUTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar desempenho dos fisioterapeutas;</li> <li>• Verificar se o paciente está passando por vários profissionais durante o tratamento (Pedido do cliente? Horário disponível? Satisfação do cliente?).</li> </ul>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar as observações referentes a especialidade e equipe;</li> <li>• Fornecer pontos relevantes identificados nos prontuários;</li> <li>• Desenvolver indicadores conforme dados.</li> </ul>
<b>TRIM-ANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o período de análise dos dados;</li> <li>• Alterar o período de análise conforme cruzamento dos dados.</li> </ul>
<b>ESCORES DOS INDICADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a análise dos dados, transformar os dados em informações e produzir conhecimento para a equipe e a empresa, com a finalidade de promover a melhoria na assistência prestada ao cliente;</li> <li>• Permitir uma visão ampliada dos resultados dos serviços prestados.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados computadores, *softwares* para análise e cálculo dos indicadores (Excel) e *software* para redação de textos (*Word*).

#### 4.4 DESENVOLVIMENTO DOS INDICADORES

Para o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora propôs a criação de novos indicadores, que possam ser aplicados na CF e que vislumbrem os resultados de qualidade do serviço prestado e os rumos gerenciais do serviço.

Com a prerrogativa de facilitar a interpretação dos indicadores, definiu-se por ter uma escala padronizada. Assim, todos os indicadores possuem uma mesma escala e para este trabalho, foi escolhida uma escala que varia de 1 a 5, onde 1 representa o pior desempenho e 5 o melhor desempenho. Esta escala de valores é amplamente utilizada em vários trabalhos na literatura devido a sua praticidade e a facilidade de se obter conclusões rápidas (LIKERT, 1932; BOLZAL, 2006).

Criaram-se os indicadores para acompanhamento da CF: Indicador de Avaliação Técnica do Fisioterapeuta (ATF), Indicador de Resolutividade por Objetivos Terapêuticos (ROT) e Indicador de Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica (REF). A periodicidade de análise dos indicadores foi definida como trimestral, com meta de 75% do resultado total de escores entre 4 e 5. Para cálculo dos indicadores, utilizou-se como numerador a somatória dos escores 4 e 5 e, no denominador, a somatória dos indicadores 1, 2, 3, 4 e 5, e multiplicou-se o resultado por 100, sendo considerado como resultado alcançado o valor igual ou maior que 75% (Quadro 3).

**QUADRO 3 - INDICADORES ATF – ROT - REF**

SIGLA	NOME DO INDICADOR	PERIODICIDADE	META	FÓRMULA DE CÁLCULO
ATF	AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA	TRIMESTRAL	75%	$\text{NUMERADOR/DENOMINADOR} \times 100 = \frac{\text{TOTAL DE ESCORES 4 E 5}}{\text{TOTAL DE ESCORES}} \times 100$
ROT	RESOLUTIVIDADE POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	TRIMESTRAL	75%	$\text{NUMERADOR/DENOMINADOR} \times 100 = \frac{\text{TOTAL DE ESCORES 4 E 5}}{\text{TOTAL DE ESCORES}} \times 100$
REF	RESOLUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE FISIOTERAPÊUTICA	TRIMESTRAL	75%	$\text{NUMERADOR/DENOMINADOR} \times 100 = \frac{\text{TOTAL DE ESCORES 4 E 5}}{\text{TOTAL DE ESCORES}} \times 100$

Fonte: Elaboração própria

Para medir a satisfação com os resultados dos escores, foram considerados os escores 1 e 2 como resultados insatisfatórios, 3 neutros e 4 e 5 satisfatórios (Quadro 4). Os resultados insatisfatórios significam que serão necessárias correções nos processos e atenção especial a esses resultados, mesmo que sejam baixos, pois os mesmos podem causar sérios riscos à

integridade do cliente e do EAS. Os resultados neutros identificam situações com impacto baixo sobre os clientes e EAS, porém, devem ser acompanhados pelo risco de redução posterior na qualidade assistencial. Já os resultados satisfatórios referem-se aos resultados com impacto positivo para o cliente e a EAS.

**QUADRO 4 - SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DOS ESCORES**

<b>RESULTADOS INSATISFATÓRIOS</b>		<b>RESULTADOS NEUTROS</b>	<b>RESULTADOS SATISFATÓRIOS</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Fonte: Elaboração própria

Cada indicador desenvolvido teve uma classificação de escores de 1 a 5, conforme o índice.

No primeiro trimestre (01-2015), a análise dos prontuários foi mais compacta, incluindo somente os atendimentos individuais. Foi necessária a capacitação da equipe para melhorar a descrição das informações em prontuários, pois alguns fisioterapeutas, quando questionados em relação às condutas adotadas, apresentavam adequadamente os planos terapêuticos, mas as descrições no prontuário eram superficiais e não permitiam que os resultados fossem avaliados de maneira apropriada.

Para melhoria dos resultados de qualidade do indicador, foram elaboradas atividades práticas com prontuários fictícios durante as capacitações, demonstrando os pontos críticos apontados pela equipe de análise no primeiro trimestre, de forma que, a partir de 02-2015, foram envolvidos os dados dos prontuários de atendimento individual e em grupo.

Como atendimento individual, entendeu-se um fisioterapeuta por paciente, e atendimento em grupo, quando um fisioterapeuta atendeu dois ou mais clientes simultaneamente, podendo ser em área comum ou em *box* separado.

#### 4.4.1 INDICADOR DE AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA - ATF

O indicador ATF foi criado para analisar o desempenho de cada fisioterapeuta, com relação aos resultados de efetividade do tratamento alcançados no trimestre e ao longo do

tempo. Dentre os objetivos que se pretendeu alcançar com a análise do ATF estão: i) perceber as divergências de conhecimentos da equipe; ii) as habilidades; iii) a dificuldade em descrever a evolução do cliente nos prontuários; iv) a necessidade de capacitações; v) o treinamentos para nivelamento dos conhecimentos técnicos da equipe.

Os escores do indicador ATF variaram de 1 a 5, conforme a Tabela 3.

**TABELA 3 - ESCORES DO INDICADOR ATF CONFORME O DESEMPENHO DO FISIOTERAPEUTA**

<b>Valor do Indicador (Escore obtido)</b>	<b>Desempenho do fisioterapeuta</b>
1	Falha na execução do tratamento fisioterapêutico
2	Descumprimento de prazos de avaliação e evolução terapêutica
3	Resultado neutro no tratamento fisioterapêutico
4	Bom resultado no tratamento fisioterapêutico
5	Excelente resultado no tratamento fisioterapêutico

Fonte: Elaboração própria

No escore 1 foram consideradas informações de piora da condição físico-funcional do cliente/paciente relacionadas à falha na execução do plano terapêutico. Além disso, também foi considerada como escore 1, a dificuldade na adesão ao tratamento pelo paciente/família, devido a importância de o fisioterapeuta saber orientar adequadamente sobre a frequência às terapias para evitar perda de continuidade do tratamento. Outro direcionamento importante foi a adesão ao uso de equipamentos e execução das orientações realizadas para a melhor terapêutica e das condições funcionais, considerando-se falha do profissional quando não consegue a adesão ao tratamento pelo paciente. Mesmo com a percepção de que os objetivos fisioterapêuticos foram atingidos, as situações acima foram consideradas de maior peso sobre o resultado da avaliação técnica do profissional, pelo risco ao paciente.

Foi classificado, com escore 2, o descumprimento dos prazos de preenchimento das avaliações e evoluções dos pacientes, sendo consideradas graves, por comprometer o desempenho do tratamento e adequações dos objetivos terapêuticos. Conforme o escore 1, mesmo quando detectado que os objetivos fisioterapêuticos foram atingidos, as situações acima foram consideradas de maior peso sobre o resultado da avaliação técnica do profissional.

O escore 3 identificou situações em que os pacientes não tiveram evolução considerável à terapêutica realizada, assim como em caso de intercorrências clínicas que interferiram no cumprimento dos objetivos terapêuticos desejados.

No escore 4 foram considerados os resultados parciais do tratamento fisioterapêutico, em que houve melhora do quadro funcional com a terapêutica realizada, porém ainda existem objetivos não atingidos e que foram programados durante o plano terapêutico durante a avaliação.

No escore 5 foram identificados os resultados excelentes em que os objetivos terapêuticos planejados foram atingidos dentro dos prazos do plano terapêutico. Neste escore, inclui-se, também, os objetivos de manutenção do quadro funcional para pacientes com doenças progressivas.

#### 4.4.2 INDICADOR DE RESOLUTIVIDADE POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS - ROT

Esse índice foi criado para avaliar os objetivos fisioterapêuticos planejados e alcançados pela equipe de fisioterapeutas, com a finalidade de verificar o desempenho na resolutividade do atendimento prestado ao cliente.

Os escores variaram de 1 a 5, conforme a Tabela 4.

**TABELA 4 - ESCORES DO INDICADOR ROT CONFORME OS OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS**

<b>Valor do Indicador (Escore obtido)</b>	<b>Objetivos terapêuticos planejados e realizados</b>
1	Objetivos fisioterapêuticos inadequados
2	Objetivos fisioterapêuticos não atingidos
3	Atingiu um dos três objetivos fisioterapêuticos
4	Atingiu dois dos três objetivos fisioterapêuticos
5	Atingiu três dos três objetivos fisioterapêuticos

Fonte: Elaboração própria

No escore 1 apontaram-se os objetivos fisioterapêuticos inadequados, ou seja, piora do quadro funcional do paciente mesmo após receber tratamento, ausência de informações que dificultaram a visualização da evolução terapêutica e/ou dificuldades apresentadas pelo profissional que interferiram no resultado do tratamento de forma negativa.

O escore 2 foram incluídos os objetivos terapêuticos não atingidos, ou seja, mesmo com tratamento não foi percebida melhora funcional do paciente, mas não houve piora do quadro funcional ou ausência de informações de resultados.

O escore 3 classificou as situações em que um dos três principais objetivos fisioterapêuticos foi alcançado durante o tratamento.

O escore 4 abarcou o atingimento de dois dos três objetivos fisioterapêuticos e o escore 5 incluiu os três dos três objetivos fisioterapêuticos atingidos.

#### 4.4.3 INDICADOR DE RESOLUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE FISIOTERAPÊUTICA - REF

Para analisar o REF, empregaram-se as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO e que foram definidas após a análise dos diagnósticos clínicos e regiões tratadas. As especialidades incluídas foram: Cardiovascular; Neurofuncional; Respiratória; Saúde da Mulher; e Traumatologia-ortopédica.

A partir das definições de especialidades, foram atribuídos os escores de 1 a 5, conforme a Tabela 5, com base na evolução do quadro funcional do paciente. Posteriormente, foram analisadas, ao longo do tempo, a evolução da especialidade, a necessidade de capacitação por período, as possibilidades de mudanças de estratégias de trabalho, o investimento em parque tecnológico e análise de riscos detectados.

**TABELA 5 - ESCORE DO INDICADOR CONFORME O QUADRO FUNCIONAL POR ESPECIALIDADE**

<b>Valor do Indicador (Escore obtido)</b>	<b>Desempenho por especialidade conforme Quadro funcional</b>
1	Informações inconsistentes
2	Piora do quadro funcional
3	Manutenção do quadro funcional
4	Melhora parcial do quadro funcional
5	Melhora adequada do quadro funcional

Fonte: Elaboração própria

O escore 1 incluiu informações preenchidas incompletas que não permitem detectar o quadro funcional do cliente adequadamente.

O escore 2 identificou a piora dos quadros funcionais, que pode estar associada ao tratamento fisioterapêutico inadequado ou evolução da doença.

O escore 3 inseriu quadros em manutenção de tratamento, que não apresentaram piora, mas permanecem inalterados conforme o quadro funcional e prognóstico fisioterapêutico.

O escore 4 incluiu as melhoras parciais do quadro funcional, mas que não atingiram a totalidade prevista conforme diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos.

No escore 5 foram compostas as análises da melhora do quadro funcional adequada ao diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos relacionadas à programação de tratamento para o período. Esse escore não identificou necessariamente a alta ou completa reabilitação do cliente, mas um resultado bastante satisfatório para o período proposto.

#### 4.4.4 ANÁLISE COMUM NOS INDICADORES ATF, ROT E REF

Em todos os indicadores foram analisados os resultados insatisfatórios, neutros e satisfatórios para ampliar a análise dos resultados. Posteriormente, foi realizada a evolução dos três indicadores ao longo dos três anos (2015 a 2017).

Observou-se que cada indicador forneceu informações importantes aos gestores da CF; eles podem indicar, por exemplo, a necessidade de treinamento individual ou da equipe. Porém, para verificar a qualidade de prestação de serviços da CF como um todo, no que tange à melhoria dos processos, foi calculada a média dos 3 indicadores. A média dos indicadores foi chamada de “Gravidade” e, de acordo com o valor calculado, que também tem a faixa de valores entre 1 e 5, foram analisadas as necessidades de adequações, mudanças de rumo, novas estratégias, novas aquisições, dentre outros.

A análise do resultado final foi realizada de forma análoga a escala de Gravidade aplicada para análise de interfaces por meio de heurísticas. A escala de gravidade (1-5), que foi utilizada na qualidade de prestação de serviço da CF, foi baseada e modificada da descrita por Zhang (ZHANG, 2003). Esta escala é mostrada na Tabela 6.

**TABELA 6 - VALOR DA GRAVIDADE E A DESCRIÇÃO DA GRAVIDADE**

<b>Média dos Indicadores (Gravidade)</b>	<b>Descrição da Gravidade</b>
1	Catástrofe. Obrigatoriedade de correção nos processos da empresa;
2	Grande Gravidade. Importante corrigir os processos. Deve ser dada alta prioridade;
3	Gravidade menor. A solução deste problema deve ser dada prioridade baixa;
4	Gravidade superficial. Não precisa ser corrigido, a menos que haja tempo extra disponível;
5	Nenhuma gravidade. Não foram encontrados problemas nos processos.

Fonte: Elaboração própria

Os dados foram adicionados em uma planilha *Excel* e os indicadores calculados de acordo com os dados da empresa analisada e comparados em determinados períodos de tempo. A periodicidade aconteceu de 3 em 3 meses, do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017. Os indicadores foram comparados entre estes períodos.

Assim, para uma análise de resultado final, foi atribuído um peso a cada escore segundo o valor da Gravidade, conforme Quadro 5.

**QUADRO 5 - ATRIBUIÇÃO DE PESO POR ESCORE CONFORME VALOR DA GRAVIDADE**

PESO	ESCORES
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Fonte: Elaboração própria

Para calcular a escala de gravidade realizou-se a separação dos escores REF, ROT e ATF, conforme o ano de ocorrência. Dessa forma, atribuiu-se a gravidade para cada escore. Realizou-se a soma de cada escore e, posteriormente, multiplicou-se a somatória pela escala definida. Após esse cálculo, foram somados os resultados das escalas aplicadas e dividiu-se pelo total de escores.

Dessa forma, foi calculada a média dos indicadores e, quanto mais próxima de 1, significou pior resultado e mais perto de 5 demonstrou que os serviços prestados pela CF estão adequados, conforme a gravidade definida no estudo.

## 5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Na literatura, a maioria dos estudos se refere a indicadores relativos à área hospitalar, ao atendimento fisioterapêutico nas doenças inerentes e à pesquisa de satisfação do cliente. No entanto, é crescente o interesse em estabelecer atributos de qualidade aos serviços de saúde, incluindo a Fisioterapia.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) conduz o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) estabelecido pela RN 405, de maio de 2016, que tem por finalidade estabelecer atributos de qualificação para prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde). A Federação Nacional das Entidades de Empresas Prestadora de Serviços de Fisioterapia (FENAFISIO) orienta os fisioterapeutas e gestores a incluírem os indicadores de qualidade nos serviços, através de um manual que foi criado em 2017. Esses indicadores são: Controle de Protocolos; Proporção de fisioterapeutas/profissionais de fisioterapia por atendimento; Satisfação dos pacientes; e Percentual de aderência aos protocolos clínicos (FENAFISIO, 2017).

Alguns estudos apontam para a avaliação da satisfação dos clientes. Os pesquisadores Curry, A.; Sinclair, E. (2002) avaliaram a qualidade dos serviços de fisioterapia, em três tipos diferentes de prestação de serviços de fisioterapia em Dundee, na Escócia, onde utilizaram o Servqual com resultados na análise da percepção de qualidade do cliente quanto ao serviço, porém afirmam a necessidade de melhoria no instrumento.

Mcintosh, G.; Mayo, M. C.; Stymiest, P. J. (1994) realizaram uma análise do perfil das percepções dos pacientes quanto à qualidade do serviço prestado por uma clínica de reabilitação no Canadá. Os resultados forneceram aos gerentes um perfil de qualidade percebida pelo cliente em três aspectos principais: suporte administrativo, qualidade da terapia recebida e satisfação com os resultados. Os resultados incentivam que as medições contínuas da qualidade do serviço sejam incorporadas a um sistema de melhoria contínua da qualidade. Porém, para McMurray, J. e colaboradores (2016), os instrumentos e perguntas que medem a experiência dos pacientes em cuidados de reabilitação não são capazes de avaliar o desempenho dos serviços.

Westby, M. D. e colaboradores (2016) avaliam que os indicadores de qualidade são ferramentas para medir processos de cuidados de saúde, estruturas organizacionais e resultados relacionados a aspectos de atendimento de alta qualidade aos pacientes. Neste estudo, fica evidente que os indicadores de qualidade podem ser usados pelos fisioterapeutas

para promover a melhoria na prestação de serviços, assim como pelos gerentes de reabilitação para perceberem as lacunas de atendimento, diferenciarem no mercado e proverem iniciativas de melhoria da qualidade e planejamento estratégico.

Rutten, G. M. e colaboradores (2013) desenvolveram um programa de Melhoria da Qualidade em Fisioterapia (QUIP), baseado na teoria que visa o nível de desempenho individual dos fisioterapeutas e o nível da organização da prática. O estudo concluiu que programa Quip tem o potencial de alterar a prática da fisioterapia, mas precisa de melhorias e novos testes para induzir o processo contínuo de melhoria da qualidade.

Lennon e Hastings (1996) destacam indicadores de qualidade que identificam padrões mínimos de desempenho para um serviço de fisioterapia no atendimento a AVC. Nijkrare e colaboradores (2009) desenvolveram indicadores de qualidade para pacientes com Parkinson; enquanto Oostendorp e colaboradores (2013) desenvolveram indicadores para o atendimento fisioterapêutico em pacientes com dor cervical.

Peter e colaboradores (2016) desenvolveram um conjunto de indicadores de qualidade para os cuidados fisioterapêuticos na Osteoartrite de quadril e joelho ou artrite reumatoide na Holanda. Eisa (2010) realizou estudos sobre indicadores de adesão à assistência fisioterapêutica em pacientes sauditas do sexo feminino, em que foi identificado um nível alarmante de falta de adesão ao tratamento.

Grimmer (2000) e colaboradores recomendaram uma avaliação usando uma série de construtos para avaliar a qualidade dos serviços de fisioterapia por meio da mensuração da organização do serviço, a maneira como os cuidados são prestados e o registro das informações sobre os cuidados com o paciente. Esse estudo evidencia os pontos principais correlacionados à qualidade do serviço de Fisioterapia que foi destacada na pesquisa realizada na CF.

Cavalheiro e colaboradores (2015) delinearum um instrumento utilizando cinco requisitos para identificar a qualidade da assistência fisioterapêutica sendo: avaliação individual do desempenho do fisioterapeuta; indicador de resultado de assistência; avaliação da adesão da Fisioterapia nos protocolos; medir se o prognóstico e resultado de tratamento foi alcançado; e a infraestrutura do serviço. Estes autores concluíram que os indicadores avaliados podem auxiliar a gestão a identificar os pontos de melhoria, pontos fortes da equipe e processos de assistência fisioterapêutica.

Rosa (2016) introduziu o planejamento estratégico e o uso de avaliação de desempenho por meio de indicadores em uma clínica de Fisioterapia, com a proposta de sistematização de um modelo estruturado a partir do MEIO – Modelo de Estratégia,

Indicadores e Operações proposto por Müller (2003), e concluiu que houve melhoria dos processos de serviços quando as ferramentas de gestão são utilizadas.

Os estudos apontam para a importância da avaliação da qualidade dos serviços de Fisioterapia (PINTO, 2014), com impactos na satisfação do cliente e melhoria gerencial. Dessa forma, esse estudo desenvolveu e avaliou indicadores que foram aplicados em um serviço de Fisioterapia, por meio de informações que foram compiladas dos prontuários e que podem desdobrar-se em várias análises distintas para assegurar a qualidade do serviço de saúde e seu gerenciamento.

## 5.1 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA

Avaliaram-se os 24 fisioterapeutas que atenderam na CF de 2015 a 2017. Primeiramente, os fisioterapeutas foram analisados individualmente e, posteriormente, foi realizada uma média da qualidade técnica da equipe que compunha a CF.

### 5.1.1 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F1

Avaliou-se F1 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 7). Foram analisados 303 prontuários de avaliação/evolução do F1, totalizando 11 trimestres avaliados (33 meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F1 é de três pacientes, simultaneamente – atendimento em grupo.

Em 03-2017 houve um aumento na falha de execução de tratamento por F1, prejudicando os resultados do indicador ATF de F1. Neste período o indicador não atingiu a meta de 75% da somatória dos itens 4 e 5, conforme. O escore 3 aumentou a partir de 03-2016 (Quadro 6).

**TABELA 7 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F1**

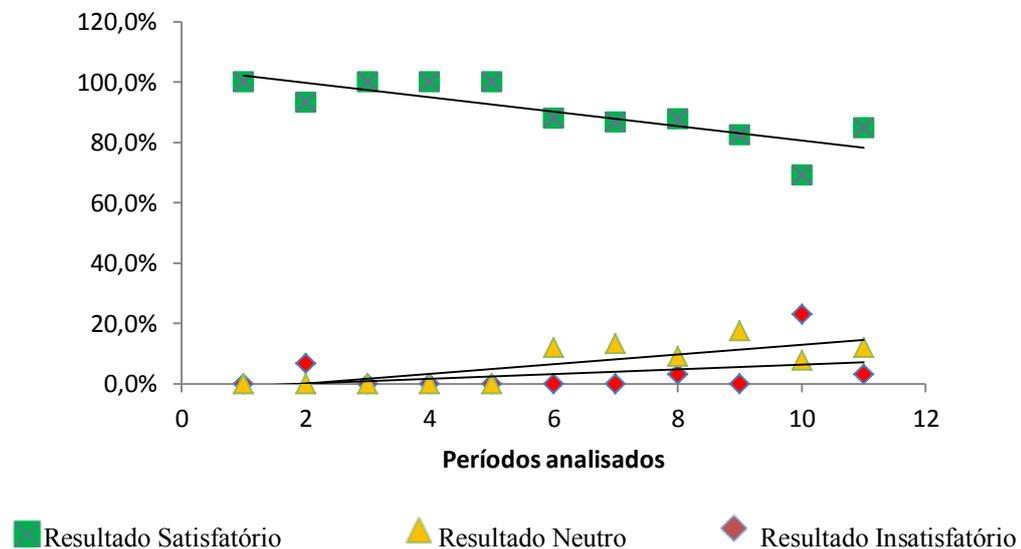
F1	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	0	0	0	26	7	33
03-2015	2	0	0	19	9	30
04-2015	0	0	0	10	7	17
01-2016	0	0	0	2	16	18
02-2016	0	0	0	2	16	18
03-2016	0	0	3	4	18	25
04-2016	0	0	4	1	25	30
01-2017	1	0	3	2	27	33
02-2017	0	0	7	1	32	40
03-2017	6	0	2	1	17	26
04-2017	0	1	4	4	24	33
Total	9	1	23	72	198	303

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 6 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F1**

F1	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
03-2015	6,7%	0,0%	0,0%	93,3%	
04-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
01-2016	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
02-2016	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
03-2016	0,0%	0,0%	12,0%	88,0%	
04-2016	0,0%	0,0%	13,3%	86,7%	
01-2017	3,0%	0,0%	9,1%	87,9%	
02-2017	0,0%	0,0%	17,5%	82,5%	
03-2017	23,1%	0,0%	7,7%	69,2%	
04-2017	3,0%	0,0%	12,1%	84,8%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F1**

Ao avaliar os serviços conforme resultados: insatisfatórios, neutros e satisfatórios, pode-se inferir a redução ao longo do tempo de resultados satisfatórios, principalmente no trimestre-ano 03-2017, conforme Gráfico 3.

Conforme inspeção das informações, valida-se que o F1 teve uma redução na avaliação do profissional ao longo do tempo.

No comparativo anual, a média do indicador ATF –F1 reduziu, sendo 2015 – 97,8%; 2016- 93,7% e 2017 – 81,1%.

### 5.1.2 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F2

Avaliou-se F2 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 8). Foram analisados 275 prontuários de avaliação/evolução do F2, totalizando 11 trimestres avaliados (33meses). Na agenda do F2 constam em média três pacientes por hora, simultaneamente – atendimento em grupo.

**TABELA 8 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F2**

F2	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>02-2015</b>	0	0	0	8	5	13
<b>03-2015</b>	0	0	0	2	0	2
<b>04-2015</b>	0	0	0	7	8	15
<b>01-2016</b>	0	0	1	3	26	30
<b>02-2016</b>	1	0	0	2	20	23
<b>03-2016</b>	1	0	0	2	30	33
<b>04-2016</b>	0	0	2	2	30	34
<b>01-2017</b>	1	0	3	0	30	34
<b>02-2017</b>	3	0	3	0	24	30
<b>03-2017</b>	2	1	0	0	20	23
<b>04-2017</b>	0	2	2	2	32	38
<b>Total</b>	8	3	11	28	225	275

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Nos períodos 02 e 03-2017 houve aumento de escores 1, e em 01e 02-2017 aumento de escores 3. O pior resultado apresentado por F2 foi em 02-2017 (Quadro 7).

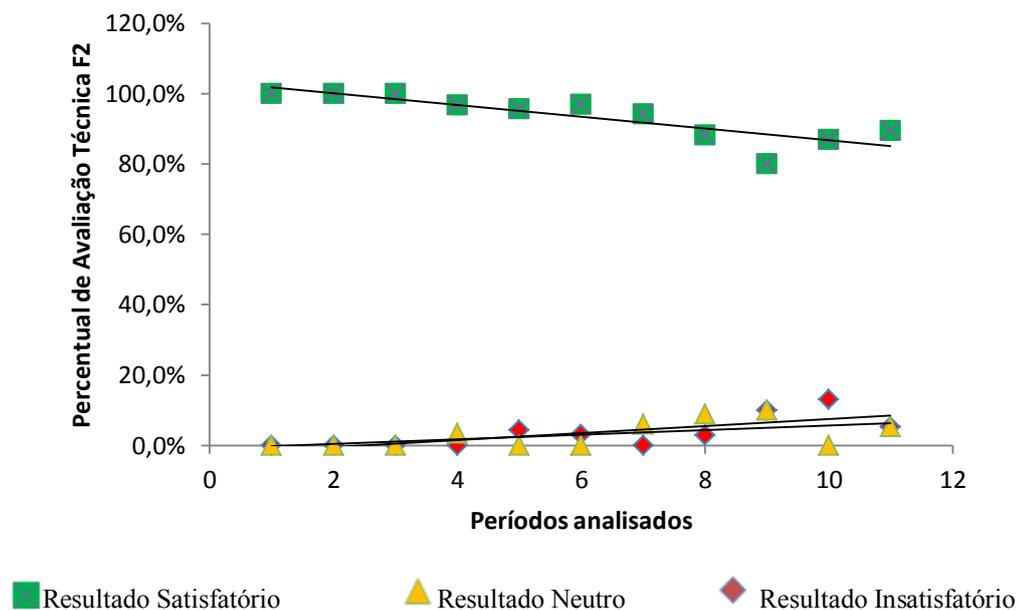
Durante os anos analisados, observou-se uma redução nos resultados dos escores 4 e 5, podendo ser constatada redução na qualidade dos serviços prestados pelo F2, mesmo que todos os trimestres atingiram a meta do indicador.

**QUADRO 7 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F2**

F2	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
03-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
01-2016	0,0%		3,3%	96,7%	
02-2016	4,3%		0,0%	95,7%	
03-2016	3,0%		0,0%	97,0%	
04-2016	0,0%		5,9%	94,1%	
01-2017	2,9%		8,8%	88,2%	
02-2017	10,0%		10,0%	80,0%	
03-2017	13,0%		0,0%	87,0%	
04-2017	5,3%		5,3%	89,5%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F2**



Ao apurar o desempenho dos resultados satisfatórios de F2 no indicador ATF, constatou-se que houve tendência à queda, conforme Gráfico 4. Compreende-se, portanto, que houve uma tendência aumentada para resultados neutros e insatisfatórios.

A média dos resultados satisfatórios de ATF – F2 caiu ao longo dos três anos de análise. Constatou-se que, no ano de 2015, a média de resultados satisfatórios foi de 100%, enquanto em 2016 reduziu para 95,9% e encolheu em 2017 para 86,2%.

### 5.1.3 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F3

Avaliou-se F3 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 9). Foram analisados 302 prontuários de avaliação/evolução do F3, totalizando 12 trimestres avaliados (36meses). A agenda do F3 foi composta de atendimentos individuais.

**TABELA 9 – AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F3**

F3	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01-2015</b>	3	0	1	3	8	15
<b>02-2015</b>	1	0	1	3	9	14
<b>03-2015</b>	1	0	2	11	9	23
<b>04-2015</b>	4	1	1	6	12	24
<b>01-2016</b>	1	0	1	1	21	24
<b>02-2016</b>	0	0	2	0	24	26
<b>03-2016</b>	0	0	0	1	21	22
<b>04-2016</b>	0	0	0	1	26	27
<b>01-2017</b>	1	0	2	1	27	31
<b>02-2017</b>	0	0	1	0	33	34
<b>03-2017</b>	0	0	2	0	33	35
<b>04-2017</b>	0	0	1	0	26	27
<b>Total</b>	11	1	14	27	249	302

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Foi possível perceber redução nos escores 1 de F3 e aumento de escores 5 no decorrer das análises, exceto em 04-2015. Nos trimestres 01-2015, a meta do indicador não foi alcançada por F3, conforme Quadro 8.

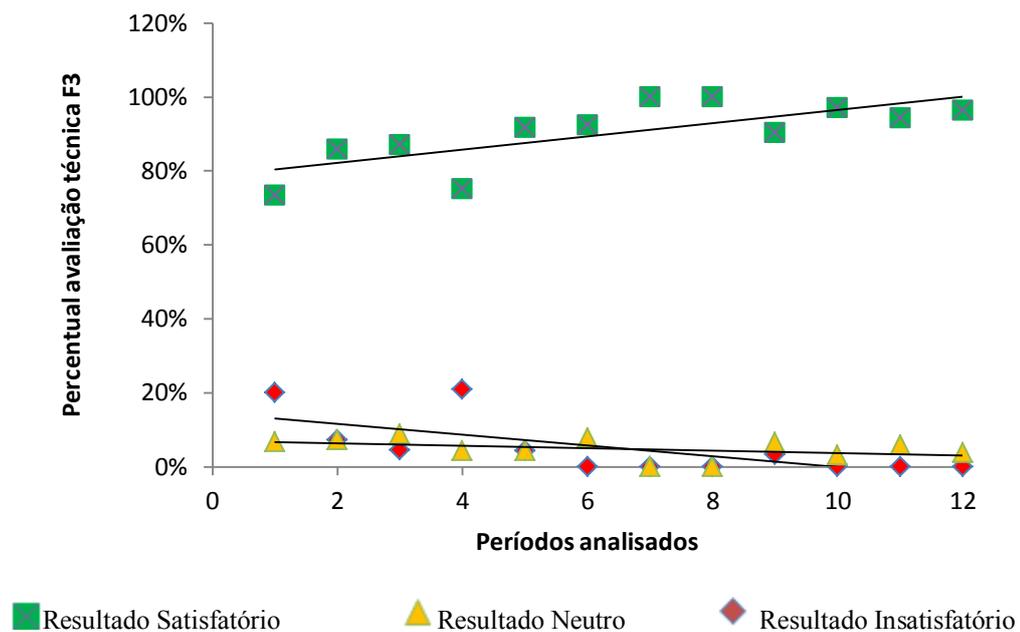
**QUADRO 8 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F3**

F3	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
01-2015	20%		6,7%		73%
02-2015	7,1%		7,1%		85,7%
03-2015	4,3%		8,7%		87,0%
04-2015	20,8%		4,2%		75,0%
01-2016	4,2%		4,2%		91,7%
02-2016	0,0%		7,7%		92,3%
03-2016	0,0%		0,0%		100,0%
04-2016	0,0%		0,0%		100,0%
01-2017	3,2%		6,5%		90,3%
02-2017	0,0%		2,9%		97,1%
03-2017	0,0%		5,7%		94,3%
04-2017	0,0%		3,7%		96,3%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Pelos dados do Gráfico 5 vislumbra-se a evolução ao longo do tempo de F3 no indicador ATF. O Gráfico 5 demonstra uma tendência à melhora nos resultados satisfatórios ao longo do tempo e redução dos resultados insatisfatórios.

**GRÁFICO 5 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F3**



A média do indicador ATF – F3 foi em 2015 – 80%; 2016 – 96% e 2017 – 94,5%. Pode-se considerar que o pior resultado de escores satisfatórios ocorreu em 2015, permanecendo resultados acima de 90% nos anos seguintes.

#### 5.1.4 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F4

Avaliou-se F4 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 10). Foram analisados 383 prontuários de avaliação/evolução do F4, totalizando 11 trimestres avaliados (33meses). A agenda do F4 foi composta em média de três pacientes por hora.

**TABELA 10 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F4**

F4	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>02-2015</b>	2	0	0	20	13	35
<b>03-2015</b>	2	0	0	12	13	27
<b>04-2015</b>	0	0	0	24	10	34
<b>01-2016</b>	1	0	4	9	20	34
<b>02-2016</b>	0	0	2	15	16	33
<b>03-2016</b>	1	0	7	3	25	36
<b>04-2016</b>	7	0	5	1	19	32
<b>01-2017</b>	7	0	2	2	30	41
<b>02-2017</b>	10	0	8	0	14	32
<b>03-2017</b>	7	6	3	2	28	46
<b>04-2017</b>	4	2	4	0	23	33
<b>Total</b>	41	8	35	88	211	383

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Percebe-se que F4 aumentou a quantidade de escore 1 a partir de 04-2016. Conforme o Quadro 9, F4 não alcançou a meta do indicador ATF nos meses 04-2016, 02-2017, 03-2017, 04-2017.

Conforme o Gráfico 6, verifica-se uma acentuada redução nos resultados de F4.

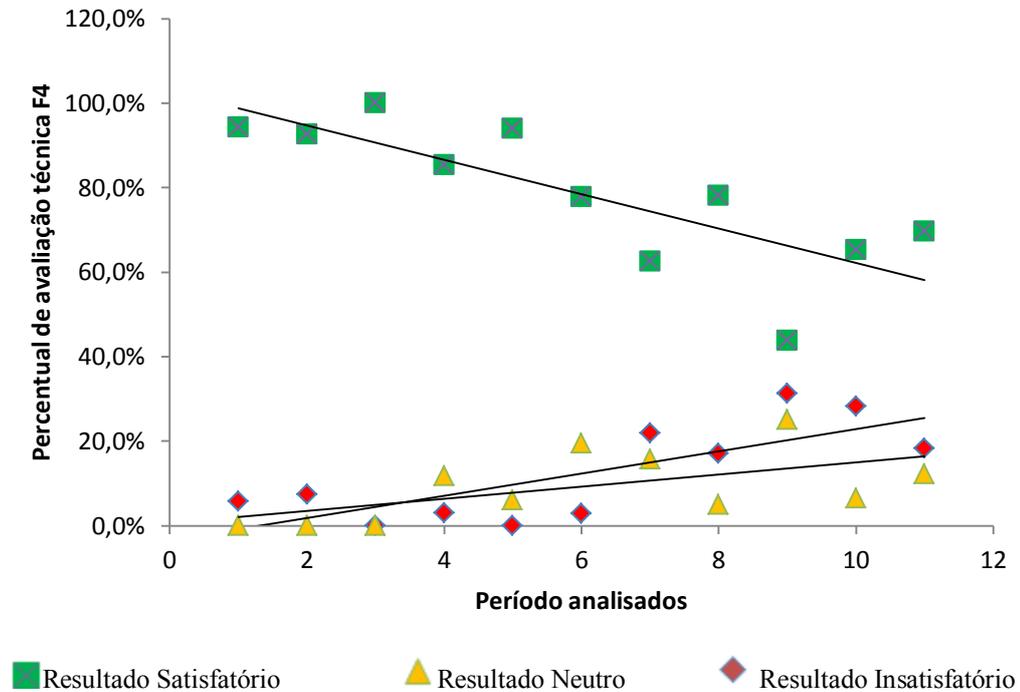
**QUADRO 9 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F4**

F4	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	5,7%		0,0%	94,3%	
03-2015	7,4%		0,0%	92,6%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
01-2016	2,9%		11,8%	85,3%	
02-2016	0,0%		6,1%	93,9%	
03-2016	2,8%		19,4%	77,8%	
04-2016	21,9%		15,6%	62,5%	
01-2017	17,1%		4,9%	78,0%	
02-2017	31,3%		25,0%	43,8%	
03-2017	28,3%		6,5%	65,2%	
04-2017	18,2%		12,1%	69,7%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os resultados do indicador ATF para F4 demonstraram a necessidade de ações direcionadas para melhoria da prestação de serviços aos clientes pelo fisioterapeuta avaliado.

**GRÁFICO 6 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F4**



A média anual foi de 2015 – 95,6%; 2016-79,9%; e 2017 – 64,2%. O rendimento de F4 foi reduzido a partir de 03-2016 consideravelmente.

#### 5.1.5 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F5

Avaliou-se F5 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 11). Foram analisados 299 prontuários de avaliação/evolução do F5, totalizando 11 trimestres avaliados (33 meses). Na agenda do F5 constam atendimentos de, em média três pacientes por hora, simultaneamente entre 02-2015 até 01-2016, e de 02-2016 a 04-2017 sua agenda foi composta basicamente de atendimentos individuais.

**TABELA 11 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F5**

F5	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>02-2015</b>	0	0	0	27	9	36
<b>03-2015</b>	0	0	0	13	10	23
<b>04-2015</b>	0	0	0	26	22	48
<b>01-2016</b>	1	0	0	4	17	22
<b>02-2016</b>	2	0	2	0	21	25
<b>03-2016</b>	0	0	1	1	21	23
<b>04-2016</b>	0	0	3	1	20	24
<b>01-2017</b>	1	0	2	1	24	28
<b>02-2017</b>	2	0	1	1	19	23
<b>03-2017</b>	1	0	1	0	22	24
<b>04-2017</b>	0	0	1	0	22	23
<b>Total</b>	7	0	11	74	207	299

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

O escore 5 é bastante presente no indicador ATF – F5. Conforme Quadro 10, ATF – F5 atingiu a meta do indicador durante todo o período analisado.

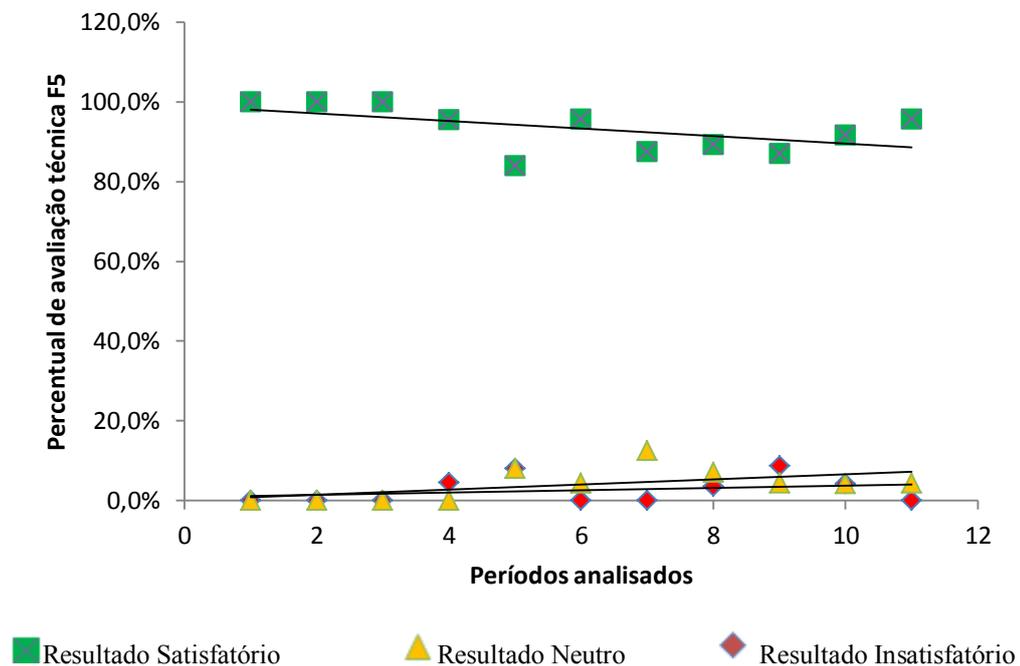
Durante o período analisado, ATF – F5 atingiu a meta. Porém, conforme Gráfico 7 houve uma ligeira queda nos resultados satisfatórios ao longo do tempo.

**QUADRO 10 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F5**

F5	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
03-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
04-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
01-2016	4,5%	0,0%	0,0%	95,5%	
02-2016	8,0%	8,0%	8,0%	84,0%	
03-2016	0,0%	4,3%	4,3%	95,7%	
04-2016	0,0%	12,5%	12,5%	87,5%	
01-2017	3,6%	7,1%	7,1%	89,3%	
02-2017	8,7%	4,3%	4,3%	87,0%	
03-2017	4,2%	4,2%	4,2%	91,7%	
04-2017	0,0%	4,3%	4,3%	95,7%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 7 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F5**



A média anual de ATF – F5 foi em 2015 – 100%; 2016 – 90,7%; e em 2017 – 90,9%. Ao analisar a média anual de ATF – F5 houve redução com relação ao ano de 2015, mas com todos os resultados acima de 90%.

### 5.1.6 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F6

Avaliou-se F6 do 1º trimestre de 2016 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 12). Foram analisados 281 prontuários de avaliação/evolução do F6 no período, totalizando oito trimestres avaliados (24 meses). Na agenda do F6 constaram atendimentos de, em média, três pacientes por hora simultaneamente.

**TABELA 12 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F6**

F6	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2016	0	0	5	3	24	32
02-2016	0	0	1	0	25	26
03-2016	1	0	1	0	28	30
04-2016	1	0	2	1	33	37
01-2017	2	0	1	2	37	42
02-2017	3	0	1	0	27	31
03-2017	1	3	2	1	39	46
04-2017	1	2	4	0	30	37
<b>Total</b>	9	5	17	7	243	281

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

O escore 2 aumentou em 03-2017 e 04-2017, e a partir de 03-2016 sempre se observou a presença de escore 1 (Quadro 11).

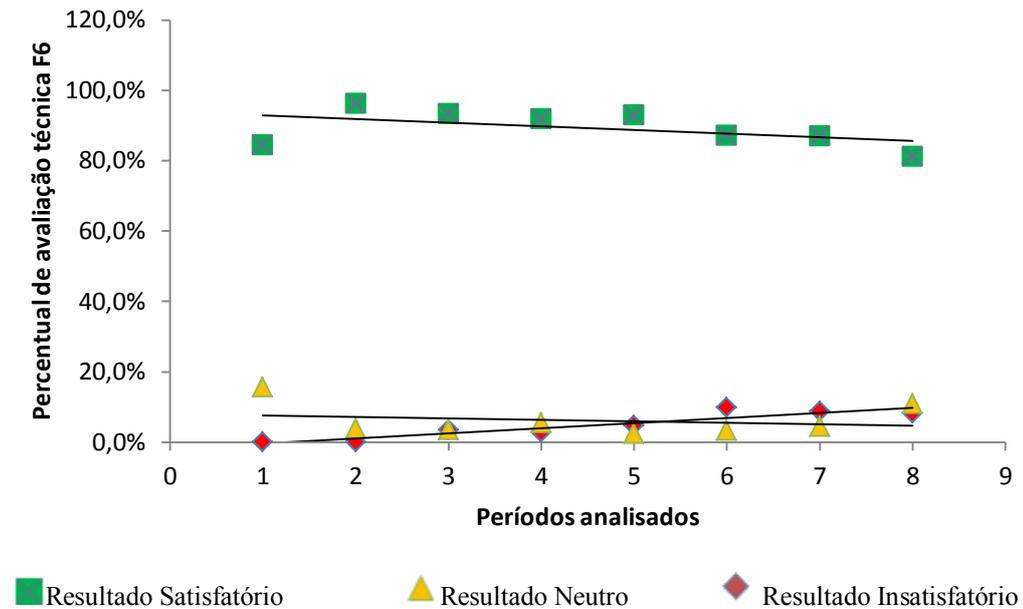
**QUADRO 11- PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F6**

F6	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
01-2016	0,0%		15,6%	84,4%	
02-2016	0,0%		3,8%	96,2%	
03-2016	3,3%		3,3%	93,3%	
04-2016	2,7%		5,4%	91,9%	
01-2017	4,8%		2,4%	92,9%	
02-2017	9,7%		3,2%	87,1%	
03-2017	8,7%		4,3%	87,0%	
04-2017	8,1%		10,8%	81,1%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A meta do indicador ATF – F6 foi alcançada durante todo o período analisado, mas é importante perceber a tendência de queda nos resultados satisfatórios no decorrer dos trimestres (Gráfico 8).

**GRÁFICO 8 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F6**



Mesmo atingindo a meta durante o período de análise, houve uma redução na média anual do indicador ATF – F6, sendo em 2016- 91,4% e em 2017 – 87,0%.

### 5.1.7 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F7

Avaliou-se F7 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2015 (Tabela 13). Foram analisados 71 prontuários de avaliação/evolução do F7, totalizando três trimestres avaliados (9 meses). Na agenda do F7 constam atendimentos de, em média, três pacientes por hora simultaneamente e alguns atendimentos individuais.

**TABELA 13- AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F7**

F7	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>02-2015</b>	0	0	0	14	13	27
<b>03-2015</b>	2	0	0	18	4	24
<b>04-2015</b>	0	0	0	15	6	21
<b>Total</b>	2	0	0	47	23	71

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 12 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F7**

F7	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
<b>02-2015</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>03-2015</b>	8,3%		0,0%	91,7%	
<b>04-2015</b>	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Durante o período avaliado, F7 alcançou a meta estabelecida pela CF (Quadro 12). A média de 2015 de ATF- F7 foi de 97,2%.

#### 5.1.8 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F8

Avaliou-se F8 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 14). Foram analisados 237 prontuários de avaliação/evolução do F8, totalizando 12 trimestres avaliados (36 meses). Na agenda do F8 constam atendimentos individuais.

A maioria dos escores do indicador ATF – F8 foram 5. Conforme o Quadro 13, o F8 alcançou a meta de ATF em todo o período de análise.

O Gráfico 9 demonstra uma tendência mantida aos resultados satisfatórios ao longo do tempo, com alcance da meta estabelecida pela CF todos os meses.

**TABELA 14 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F8**

F8	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01-2015</b>	0	0	0	1	9	10
<b>02-2015</b>	0	0	0	4	10	14
<b>03-2015</b>	0	0	1	3	11	15
<b>04-2015</b>	1	0	0	4	12	17
<b>01-2016</b>	0	0	0	0	22	22
<b>02-2016</b>	0	0	0	1	21	22
<b>03-2016</b>	0	0	0	0	23	23
<b>04-2016</b>	0	0	0	0	18	18
<b>01-2017</b>	1	0	0	0	25	26
<b>02-2017</b>	0	0	0	0	25	25
<b>03-2017</b>	0	0	0	0	21	21
<b>04-2017</b>	0	0	1	0	23	24
<b>Total</b>	2	0	2	13	220	237

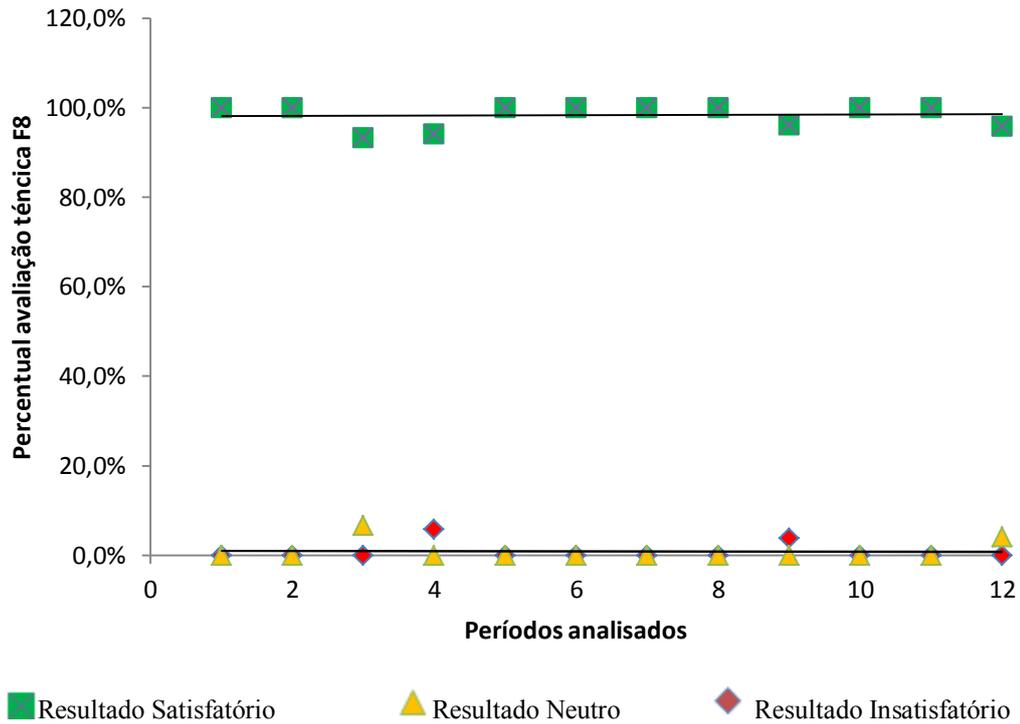
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 13 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F8**

F8	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
<b>01-2015</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>02-2015</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>03-2015</b>	0,0%		6,7%	93,3%	
<b>04-2015</b>	5,9%		0,0%	94,1%	
<b>01-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>02-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>03-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>04-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>01-2017</b>	3,8%		0,0%	96,2%	
<b>02-2017</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>03-2017</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>04-2017</b>	0,0%		4,2%	95,8%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os resultados F8 apresentaram sempre acima de 90%, demonstrando a performance deste profissional ao longo do tempo, com baixa variação.

**GRÁFICO 9 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F8**

As médias anuais de resultados satisfatórios de ATF – F8 foram: 2015 – 96,9%; 2016 – 100%; e em 2017 – 98%.

### 5.1.9 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F9

Avaliou-se F9 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 15). Foram analisados 348 prontuários de avaliação/evolução do F9, totalizando 11 trimestres avaliados (33 meses). Na agenda do F9 consta de atendimentos de aproximadamente três pacientes simultaneamente.

O escore 1 aparece com frequência nos resultados de ATF – F9 e, em 03-2017, aumentou a quantidade de escore 2. Conforme Quadro 14, ATF – F9 alcançou as metas durante todo o período analisado.

**TABELA 15 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F9**

F9	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	1	0	0	38	10	49
03-2015	0	0	0	13	10	23
04-2015	0	0	0	19	9	28
01-2016	1	0	2	7	24	34
02-2016	3	2	0	4	17	26
03-2016	1	0	2	7	18	28
04-2016	1	0	0	5	24	30
01-2017	3	0	2	1	19	25
02-2017	5	0	1	0	26	32
03-2017	1	6	1	2	23	33
04-2017	1	1	0	0	38	40
<b>Total</b>	17	9	8	96	218	348

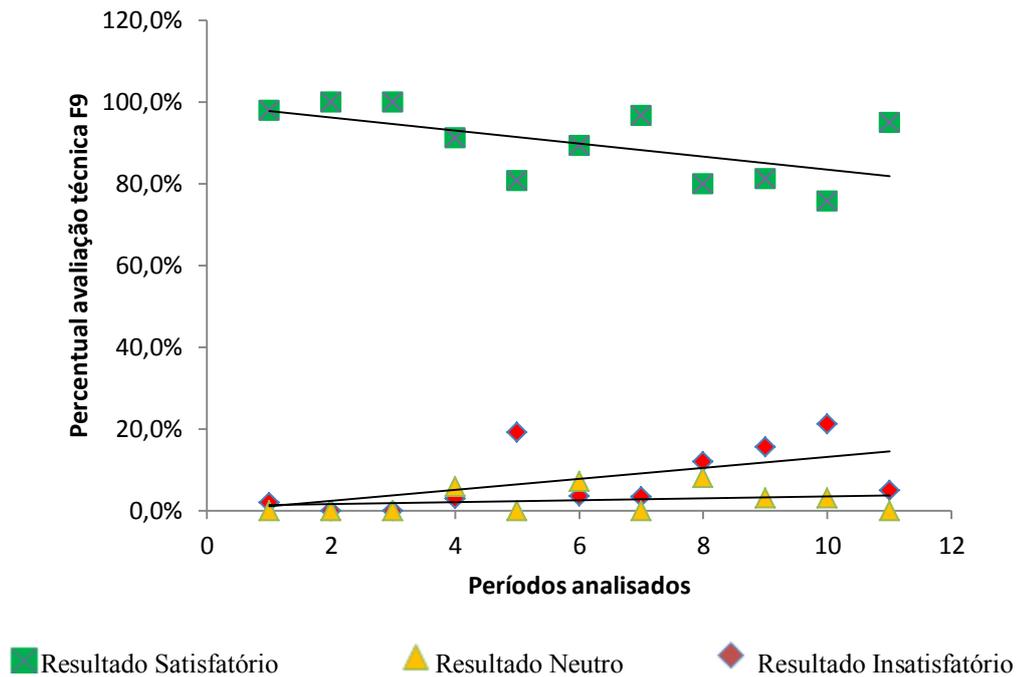
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 14 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F9**

F9	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
02-2015	2,0%		0,0%	98,0%	
03-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
01-2016	2,9%		5,9%	91,2%	
02-2016	19,2%		0,0%	80,8%	
03-2016	3,6%		7,1%	89,3%	
04-2016	3,3%		0,0%	96,7%	
01-2017	12,0%		8,0%	80,0%	
02-2017	15,6%		3,1%	81,3%	
03-2017	21,2%		3,0%	75,8%	
04-2017	5,0%		0,0%	95,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Mesmo com o atingimento das metas, pode-se perceber pelos dados do Gráfico 10, que houve uma tendência à queda de indicadores satisfatórios, principalmente em 03-2017.

**GRÁFICO 10 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F9**

A média anual foi reduzida ao longo dos anos, mesmo quando F9 atingiu a meta do indicador, sendo: 2015 – 99,3%; 2016 – 89,5%; e em 2017 – 83,0%.

#### 5.1.10 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F10

Avaliou-se F10 no 4º trimestre de 2017 (Tabela 16). Foram analisados 31 prontuários de avaliação/evolução do F10, totalizando 1 trimestre (3meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F10 é de três pacientes, simultaneamente.

**TABELA 16 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F10**

F10	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>04-2017</b>	2	0	4	0	25	31
<b>Total</b>	2	0	4	0	25	31

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 15 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F10**

<b>F10</b>	<b>Escore 1</b>	<b>Escore 2</b>	<b>Escore 3</b>	<b>Escore 4</b>	<b>Escore 5</b>
<b>04-2017</b>	6%		13%	81%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A análise do ATF-F10 foi somente de três meses, mas foi importante realizar a avaliação dos novos fisioterapeutas (Quadro 15). Essas informações também foram importantes para que todos os dados disponibilizados pela CF fossem incluídos na análise final dos indicadores. Os resultados de escores são mistos.

#### 5.1.11 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F11

Avaliou-se F11 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2015 (Tabela 17). Foram analisados 66 prontuários de avaliação/evolução do F11, no período de 4 trimestres (12 meses). A agenda do F11 foi composta por atendimentos individuais.

**TABELA 17 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F11**

<b>F11</b>	<b>Escore</b>					<b>Prontuários</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>01-2015</b>	2	0	0	5	6	13
<b>02-2015</b>	0	0	0	1	7	8
<b>03-2015</b>	1	0	1	10	8	20
<b>04-2015</b>	0	0	0	6	19	25
<b>Total</b>	3	0	1	22	40	66

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os dados do Quadro 16 demonstraram que F10 atingiu as metas estabelecidas pela CF ao longo de 2015.

**QUADRO 16 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F11**

F11	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
01-2015	15,4%		0,0%	84,6%	
02-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
03-2015	5,0%		5,0%	90,0%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A média dos indicadores em 2015 foi de 93,7%.

#### 5.1.12 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F12

Avaliou-se F12 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 18). Foram analisados 311 prontuários de avaliação/evolução do F12, totalizando 11 trimestres avaliados (33meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F12 é de três pacientes, simultaneamente.

**TABELA 18 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F12**

F12	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	2	0	0	25	4	31
03-2015	8	0	0	10	6	24
04-2015	0	0	0	9	9	18
01-2016	3	0	6	6	11	26
02-2016	4	0	5	3	10	22
03-2016	1	0	3	7	10	21
04-2016	6	0	1	1	23	31
01-2017	6	0	3	1	11	21
02-2017	9	0	5	3	20	37
03-2017	3	1	0	4	35	43
04-2017	3	5	5	0	24	37
<b>Total</b>	45	6	28	69	163	311

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

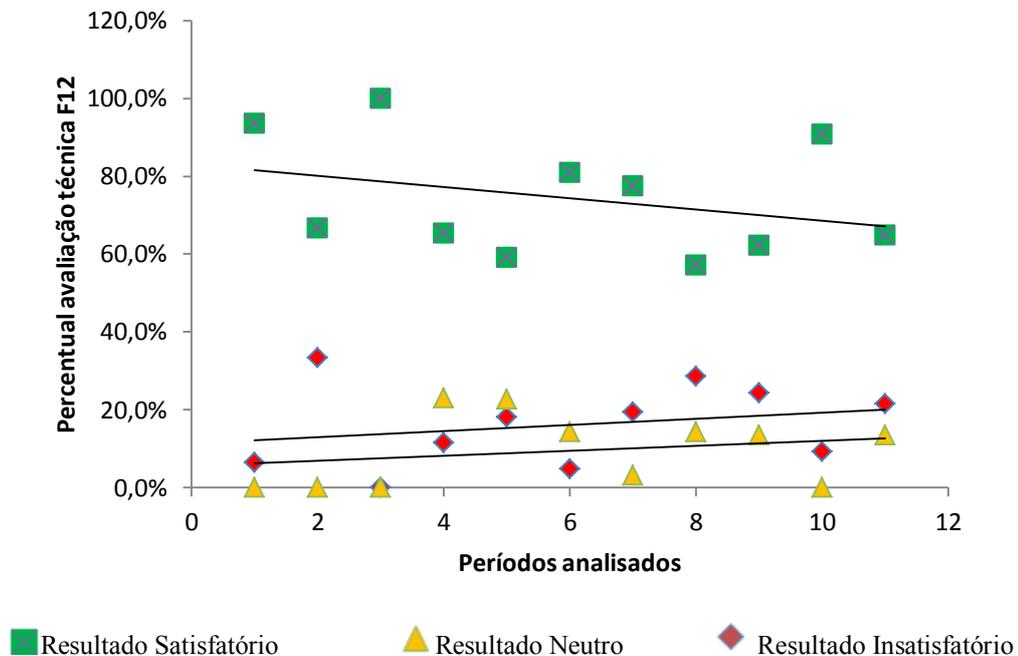
Conforme os dados do Quadro 17, constatou-se irregularidade na meta dos indicadores ao longo do tempo, onde somente 45% dos resultados no período analisado atingiram as metas estabelecidas pela CF.

**QUADRO 17 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F12**

F12	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	6,5%		0,0%		93,5%
03-2015	33,3%		0,0%		66,7%
04-2015	0,0%		0,0%		100,0%
01-2016	11,5%		23,1%		65,4%
02-2016	18,2%		22,7%		59,1%
03-2016	4,8%		14,3%		81,0%
04-2016	19,4%		3,2%		77,4%
01-2017	28,6%		14,3%		57,1%
02-2017	24,3%		13,5%		62,2%
03-2017	9,3%		0,0%		90,7%
04-2017	21,6%		13,5%		64,9%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 11 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F12**



O Gráfico 11 demonstra uma tendência à queda nos resultados satisfatórios ao longo do tempo, com bastante irregularidade e tendência aumentada para resultados neutros e insatisfatórios.

A média de resultados anuais de F12 foi satisfatória somente em 2015, quando atingiu 86,7%: em 2016 – 70,7% e 2017 – 68,7%, ou seja, ambos os resultados não atenderam adequadamente ao perfil esperado pela CF.

#### 5.1.13 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F13

Avaliou-se F13 do 4º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 19). Foram analisados 251 prontuários de avaliação/evolução do F13, totalizando 9 trimestres avaliados (27 meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F13 foi de três pacientes, simultaneamente.

**TABELA 19 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F13**

F13	Score					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>04-2015</b>	0	0	0	11	4	15
<b>01-2016</b>	4	0	3	3	7	17
<b>02-2016</b>	3	0	6	8	11	28
<b>03-2016</b>	0	0	6	8	29	43
<b>04-2016</b>	3	0	5	10	26	44
<b>01-2017</b>	15	0	2	0	25	42
<b>02-2017</b>	5	0	1	0	20	26
<b>03-2017</b>	1	2	1	0	29	33
<b>04-2017</b>	1	0	0	0	2	3
<b>Total</b>	32	2	24	40	153	251

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Conforme o Quadro 18, ATF – F13 apresentou 44% de resultados abaixo da média almejada pela CF para atender o nível mínimo de qualidade desejado.

Pelos dados do Gráfico 12, percebeu-se uma linha de tendência mantida quanto aos resultados satisfatórios, porém uma elevação de resultados insatisfatórios, com instabilidade

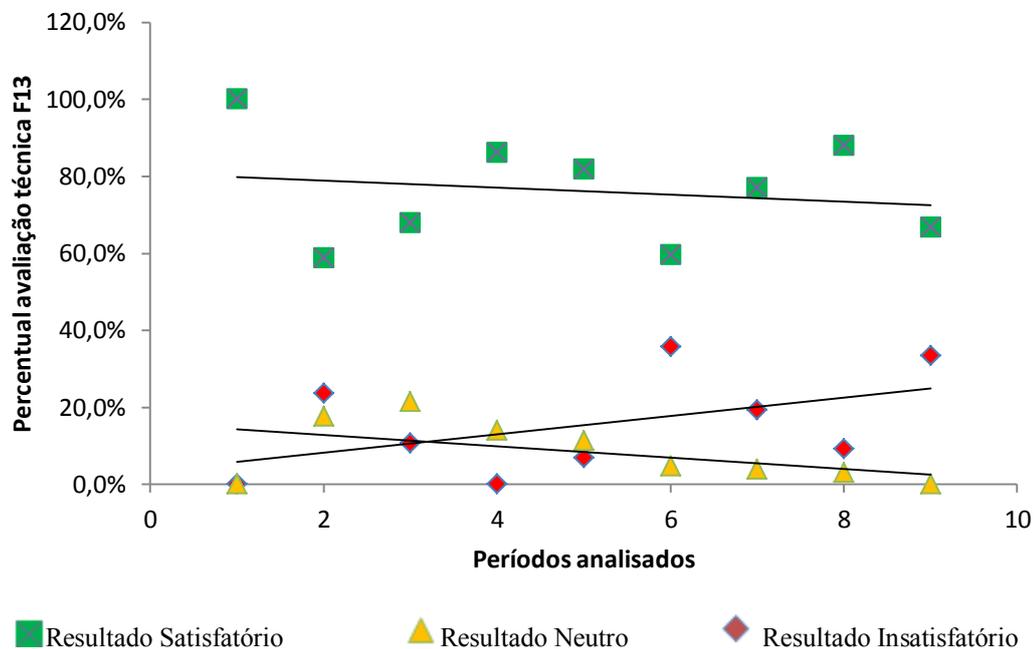
na comparação entre os trimestres. De 01-2016 até 04-2017, foram observados vários escores entre 1, 2 e 3.

**QUADRO 18 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F13**

F13	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
04-2015	0,0%		0,0%		100,0%
01-2016	23,5%		17,6%		58,8%
02-2016	10,7%		21,4%		67,9%
03-2016	0,0%		14,0%		86,0%
04-2016	6,8%		11,4%		81,8%
01-2017	35,7%		4,8%		59,5%
02-2017	19,2%		3,8%		76,9%
03-2017	9,1%		3,0%		87,9%
04-2017	33,3%		0,0%		66,7%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F13**



A média de 2015 foi de 100%, porém esse dado refere-se há apenas um trimestre analisado. A média em 2016 e 2017 foi abaixo de 75%, sendo 73,6% e 72,7% respectivamente.

## 5.1.14 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F14

Avaliou-se F14 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 20). Foram analisados 243 prontuários de avaliação/evolução do F14, totalizando 11 trimestres avaliados (33 meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F14 é de três pacientes, simultaneamente.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F14

F14	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	0	0	0	12	6	18
03-2015	0	0	0	17	8	25
04-2015	0	0	0	13	5	18
01-2016	0	0	0	3	18	21
02-2016	0	0	1	1	22	24
03-2016	0	0	0	2	10	12
04-2016	0	0	1	4	17	22
01-2017	1	0	2	0	18	21
02-2017	0	0	2	1	19	22
03-2017	0	0	1	1	37	39
04-2017	0	0	2	0	19	21
<b>Total</b>	1	0	9	54	179	243

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

QUADRO 19 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F14

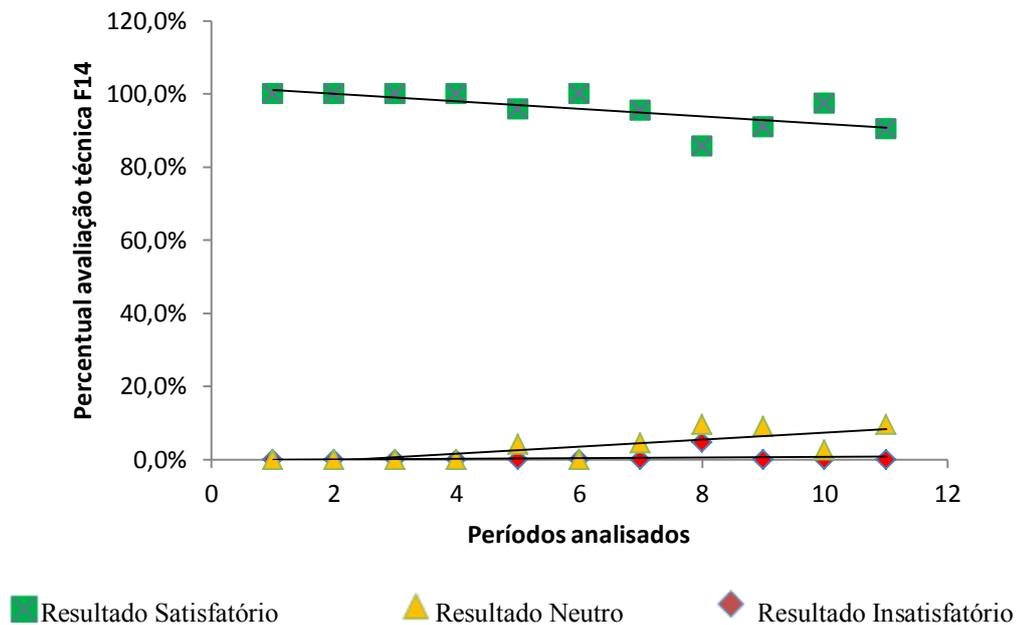
F14	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
02-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
03-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
04-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
01-2016	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
02-2016	0,0%	0,0%	4,2%	95,8%	
03-2016	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
04-2016	0,0%	0,0%	4,5%	95,5%	
01-2017	4,8%	0,0%	9,5%	85,7%	
02-2017	0,0%	0,0%	9,1%	90,9%	
03-2017	0,0%	0,0%	2,6%	97,4%	
04-2017	0,0%	0,0%	9,5%	90,5%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

O indicador ATF-F14, demonstrou apenas um escore 01 em 01-2017. Durante todo o período analisado, ATF-F14 atingiu a meta estabelecida (Quadro 19).

Embora a meta fosse alcançada durante todo o período analisado, a linha de tendência do Gráfico 13, relacionada a resultados satisfatórios, foi decrescente e crescente para os escores 3 com resultados neutros.

**GRÁFICO 13 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F14**



Houve redução na média anual ao longo do tempo, porém com resultados sempre acima de 90. Em 2015, o resultado correspondeu a 100%; em 2016, foi de 97,8% e, em 2017, de 91,1%.

#### 5.1.15 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F15

Avaliou-se F15 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2015 (Tabela 21). Foram analisados 64 prontuários de avaliação/evolução do F15, totalizando três trimestres avaliados (09 meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F15 é de três pacientes, simultaneamente.

**TABELA 21 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F15**

F15	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	1	0	0	22	9	32
03-2015	1	0	0	17	6	24
04-2015	0	0	0	5	3	8
<b>Total</b>	2	0	0	44	18	64

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 20 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F15**

F15	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
02-2015	3,1%		0,0%	96,9%	
03-2015	4,2%		0,0%	95,8%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

As metas dos indicadores foram alcançadas no período analisado (Quadro 20). A média no ano de 2015 foi de 97,6% para ATF-F15.

#### 5.1.16 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F16

Avaliou-se F16 do 3º trimestre de 2017 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 22). Foram analisados 44 prontuários de avaliação/evolução do F16, totalizando dois trimestres avaliados (06 meses). Os atendimentos realizados por F16 são individuais.

**TABELA 22 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F16**

F16	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
03-2017	3	0	0	0	20	23
04-2017	0	0	0	0	21	21
<b>Total</b>	3	0	0	0	41	44

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 21 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F16**

F16	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
03-2017	13,0%		0,0%	87,0	
04-2017	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Conforme Quadro 21, ATF-F16 alcançou a meta estabelecida durante o período analisado, e a média de 2017 foi de 93,5%.

#### 5.1.17 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F17

Avaliou-se F17 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 23). Foram analisados 371 prontuários de avaliação/evolução do F17, totalizando 11 trimestres avaliados (33 meses). A média de pacientes atendidos por hora pelo F17 é de três pacientes, simultaneamente.

**TABELA 23 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F17**

F17	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	0	0	0	27	8	35
03-2015	0	0	0	12	11	23
04-2015	0	0	0	19	14	33
01-2016	0	0	2	7	17	26
02-2016	1	2	0	10	21	34
03-2016	2	0	2	4	15	23
04-2016	1	0	3	4	22	30
01-2017	6	0	5	2	28	41
02-2017	6	0	5	2	30	43
03-2017	5	7	2	2	24	40
04-2017	3	3	11	4	22	43
<b>Total</b>	24	12	30	93	212	371

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A partir de 02-2016 ATF-F17 começou a apresentar o escore 1 e teve um aumento significativo no escore 2 em 03-2017. No Quadro 22, observou-se uma queda importante no indicador de ATF-F17, principalmente nos trimestres de 2017, período em que não foi atingida a meta de 75% de escores 4 e 5.

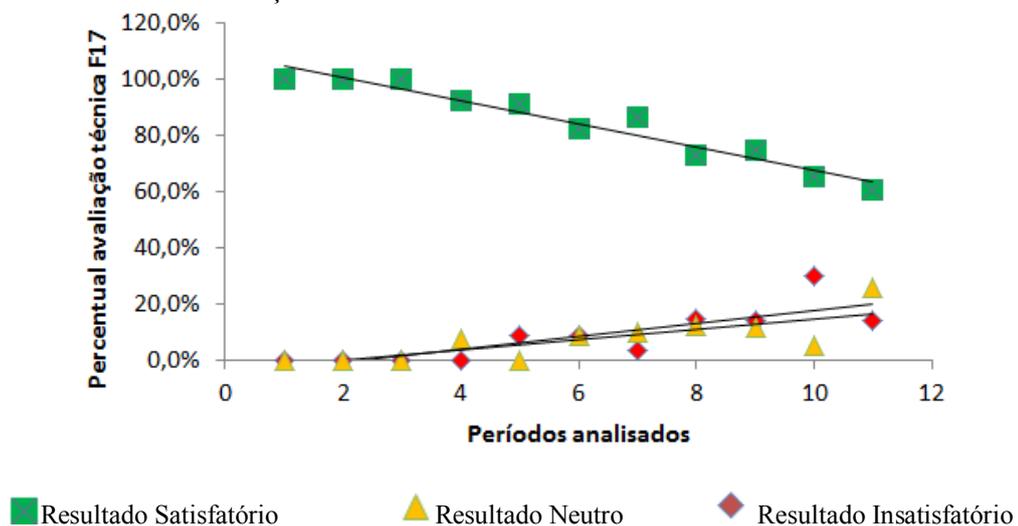
**QUADRO 22 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F17**

F17	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
03-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
04-2015	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
01-2016	0,0%	0,0%	7,7%	92,3%	
02-2016	8,8%	0,0%	0,0%	91,2%	
03-2016	8,7%	8,7%	8,7%	82,6%	
04-2016	3,3%	10,0%	10,0%	86,7%	
01-2017	14,6%	12,2%	12,2%	73,2%	
02-2017	14,0%	11,6%	11,6%	74,4%	
03-2017	30,0%	5,0%	5,0%	65,0%	
04-2017	14,0%	25,6%	25,6%	60,5%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os dados do Gráfico 14 demonstrou uma tendência à redução nos resultados satisfatórios ao longo do tempo e aumento para resultados neutros e insatisfatórios.

**GRÁFICO 14 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F17**



A média anual de 2015-2016-2017 para ATF-F17 foi de 100%; 88,2% e 68,3%. Ou seja, ao longo do tempo analisado, houve piora dos serviços prestados por F17.

#### 5.1.18 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F18

Avaliou-se F18 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2016 (Tabela 24). Foram analisados 231 prontuários de avaliação/evolução do F18, totalizando oito trimestres avaliados (24 meses). A agenda de F18 é composta por atendimentos individuais.

**TABELA 24 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F18**

F18	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01-2015</b>	8	0	1	2	21	32
<b>02-2015</b>	5	0	1	4	21	31
<b>03-2015</b>	4	0	2	9	12	27
<b>04-2015</b>	2	1	1	8	18	30
<b>01-2016</b>	0	0	0	4	25	29
<b>02-2016</b>	0	0	0	1	30	31
<b>03-2016</b>	0	0	0	1	24	25
<b>04-2016</b>	0	0	1	1	24	26
<b>Total</b>	19	1	6	30	175	231

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

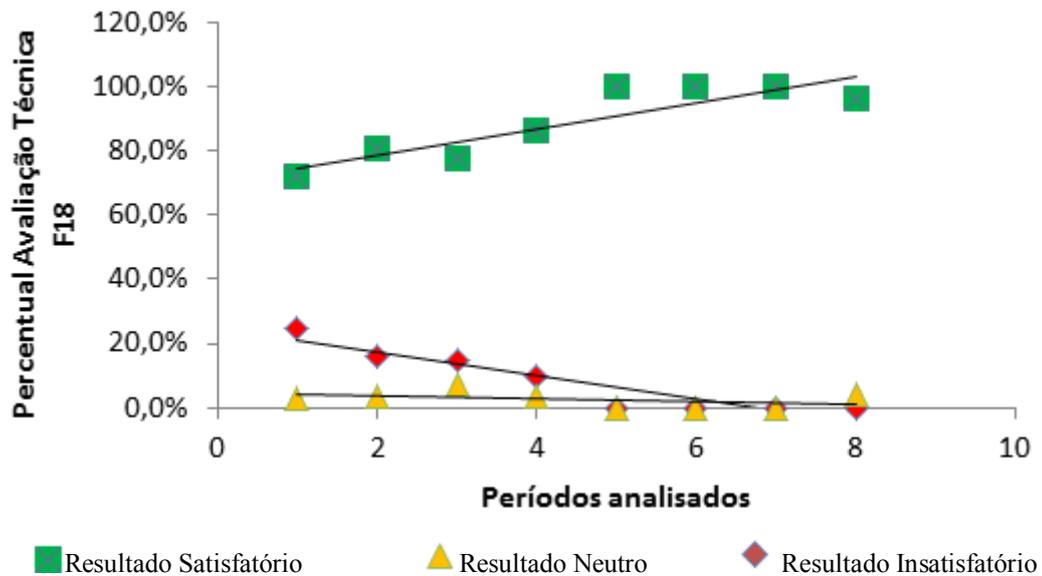
**QUADRO 23 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F18**

F18	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
<b>01-2015</b>	25,0%		3,1%	71,9%	
<b>02-2015</b>	16,1%		3,2%	80,6%	
<b>03-2015</b>	14,8%		7,4%	77,8%	
<b>04-2015</b>	10,0%		3,3%	86,7%	
<b>01-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>02-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>03-2016</b>	0,0%		0,0%	100,0%	
<b>04-2016</b>	0,0%		3,8%	96,2%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Em 2015 ATF-F18 apresentou escores 1 e 2, porém, em 2016, a maioria dos resultados foram dos escores 4 e 5. No Quadro 23, em 01-2015 o indicador ATF- F18, não cumpriu a meta de escores 4 e 5.

**GRÁFICO 15 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F18**



O Gráfico 15 demonstra a tendência de crescimento de resultados satisfatório de ATF-F18, com significativa redução de resultados insatisfatórios e neutros ao longo do tempo.

A média anual de ATF-F18 cresceu de 2015 para 2016, ficando em 79,2% e 99% respectivamente.

#### 5.1.19 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F19

Avaliou-se F19 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 25). Foram analisados 277 prontuários de avaliação/evolução do F19, totalizando 12 trimestres avaliados (36 meses). A agenda de F19 foi composta por atendimentos individuais.

O escore 2 não aparece para o ATF-F19 e, em alguns períodos, como 03 e 04-2015, 02-2016 e 01 e 03-2017 observou-se a presença do escore. O escore 3 não foi percebido nos trimestres de 2017.

**TABELA 25 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F19**

F19	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2015	0	0	2	3	15	20
02-2015	0	0	2	3	16	21
03-2015	1	0	4	7	15	27
04-2015	2	0	0	2	17	21
01-2016	0	0	0	1	17	18
02-2016	2	0	1	0	22	25
03-2016	0	0	1	1	21	23
04-2016	0	0	1	1	17	19
01-2017	2	0	0	1	21	24
02-2017	0	0	0	0	26	26
03-2017	1	0	0	0	29	30
04-2017	0	0	0	1	22	23
<b>Total</b>	8	0	11	20	238	277

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 24 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F19**

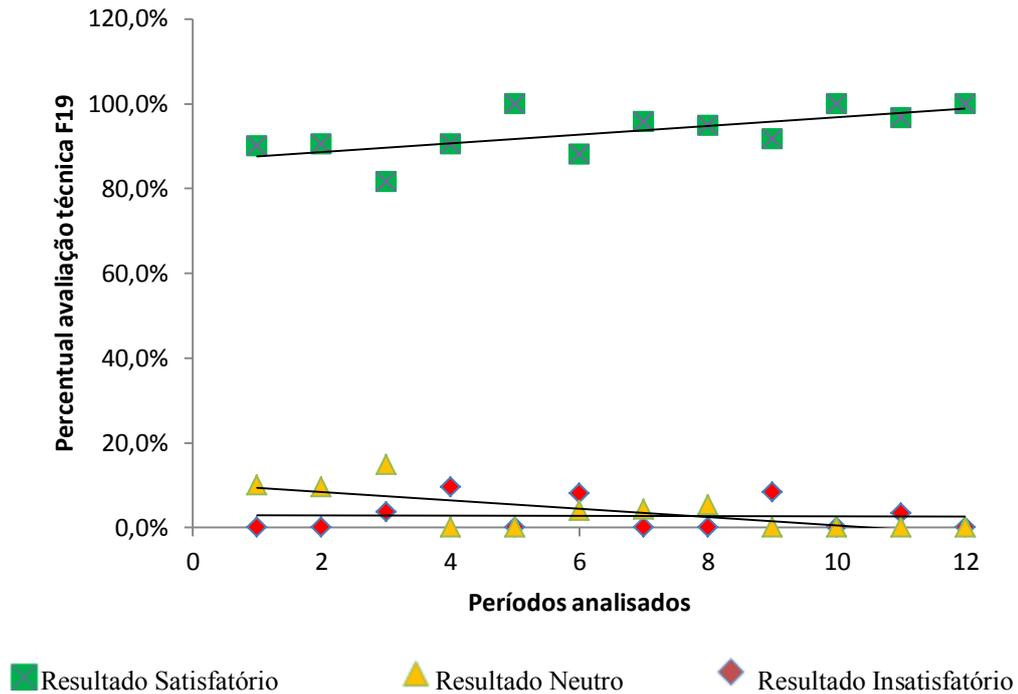
F19	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
01-2015	0,0%		10,0%		90,0%
02-2015	0,0%		9,5%		90,5%
03-2015	3,7%		14,8%		81,5%
04-2015	9,5%		0,0%		90,5%
01-2016	0,0%		0,0%		100,0%
02-2016	8,0%		4,0%		88,0%
03-2016	0,0%		4,3%		95,7%
04-2016	0,0%		5,3%		94,7%
01-2017	8,3%		0,0%		91,7%
02-2017	0,0%		0,0%		100,0%
03-2017	3,3%		0,0%		96,7%
04-2017	0,0%		0,0%		100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

No Quadro 24, a meta do indicador ATF-F19 foi atingida em todo o período analisado, e constatou-se que somente em 03-2015 ficou abaixo de 90%.

Os dados do Gráfico 16 demonstraram uma linha de tendência crescente para os resultados satisfatórios em decréscimo dos neutros e insatisfatórios.

**GRÁFICO 16 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F19**



A média anual do indicador ATF-F19 foi crescente, sendo: 2015 – 88,1%; 2016- 94,6%; e 2017 – 97,1%.

#### 5.1.20 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F20

Avaliou-se F20 do 2º trimestre de 2017 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 26). Foram analisados 49 prontuários de avaliação/evolução do F20, totalizando três trimestres avaliados (09 meses). Os atendimentos realizados por F20 são individuais. No indicador ATF-F20, o escore 5 apareceu como 100% dos resultados.

**TABELA 26 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F20**

F20	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2017	0	0	0	0	12	12
03-2017	0	0	0	0	18	18
04-2017	0	0	0	0	19	19
<b>Total</b>	0	0	0	0	49	49

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 25 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F20**

F20	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
02-2017	0,0%		0,0%	100,0%	
03-2017	0,0%		0,0%	100,0%	
04-2017	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Pelos dados do Quadro 25, certificou-se que ATF-F20 atingiu a meta e com resultados máximos de 100% nos trimestres apresentados. A média de ATF-F20 foi de 100% em 2017 para ATF-F20.

#### 5.1.21 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F21

Avaliou-se F21 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 27). Foram analisados 318 prontuários de avaliação/evolução do F21, totalizando 11 trimestres avaliados. A agenda de F21 foi composta, em média, por três pacientes simultaneamente.

O escore 1 aumentou em 2017 e, no último semestre de 2017, também houve escore 2, até o momento não apresentado em ATF- F21. O escore 3 também apareceu com maior frequência a partir de 02-2016. Conforme o Quadro 26, ATF-21 atingiu a meta estabelecida em 10 de 11 trimestres analisados. Em 04-2017, a meta não foi cumprida.

TABELA 27- AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F21

F21	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2015	0	0	0	22	7	29
03-2015	1	0	0	12	12	25
04-2015	0	0	0	12	11	23
01-2016	0	0	0	12	20	32
02-2016	1	0	1	3	15	20
03-2016	0	0	1	12	12	25
04-2016	1	0	2	4	21	28
01-2017	4	0	1	2	14	21
02-2017	4	0	2	1	20	27
03-2017	3	1	2	2	33	41
04-2017	7	1	8	1	30	47
<b>Total</b>	21	2	17	83	195	318

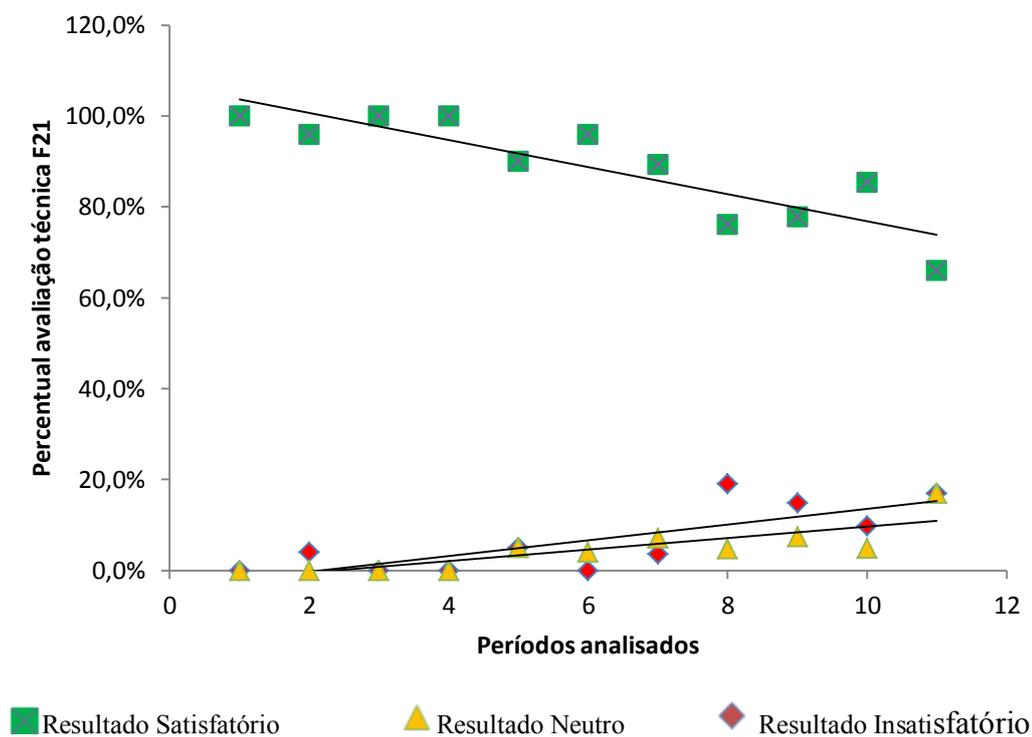
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

QUADRO 26 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F21

F21	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
02-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
03-2015	4,0%		0,0%	96,0%	
04-2015	0,0%		0,0%	100,0%	
01-2016	0,0%		0,0%	100,0%	
02-2016	5,0%		5,0%	90,0%	
03-2016	0,0%		4,0%	96,0%	
04-2016	3,6%		7,1%	89,3%	
01-2017	19,0%		4,8%	76,2%	
02-2017	14,8%		7,4%	77,8%	
03-2017	9,8%		4,9%	85,4%	
04-2017	17,0%		17,0%	66,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os dados do Gráfico 17 demonstraram uma tendência de queda nos resultados satisfatórios ao longo do tempo e tendência ao crescimento nos resultados neutros e insatisfatórios.

**GRÁFICO 17 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F21**

A média anual do indicador ATF-F21 foi decrescente, sendo: 2015 – 98,7%; 2016 – 93,8%; e 2017 – 76,3%.

#### 5.1.22 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F22

Avaliou-se F22 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 28). Foram analisados 355 prontuários de avaliação/evolução do F22, totalizando 12 trimestres avaliados (36 meses). A agenda de F22 foi composta por atendimentos individuais.

Nos trimestres de 2015 e, em 01 e 03-2017, o escore 1 ocorreu e, o escore 2, somente em 04-2015. Houve uma redução do escore 3 e aumento do escore 4.

Conforme informações do Quadro 27, todos os resultados de F22 alcançaram a meta estabelecida pela CF durante o período analisado, exceto em 01-2015.

**TABELA 28 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F22**

F22	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2015	2	0	5	0	20	27
02-2015	1	0	4	0	22	27
03-2015	1	0	5	3	18	27
04-2015	1	1	2	7	21	32
01-2016	0	0	1	4	26	31
02-2016	0	0	1	1	30	32
03-2016	0	0	0	1	27	28
04-2016	0	0	1	0	29	30
01-2017	2	0	1	0	29	32
02-2017	0	0	0	0	31	31
03-2017	3	0	0	0	29	32
04-2017	0	0	0	0	26	26
<b>Total</b>	10	1	20	16	308	355

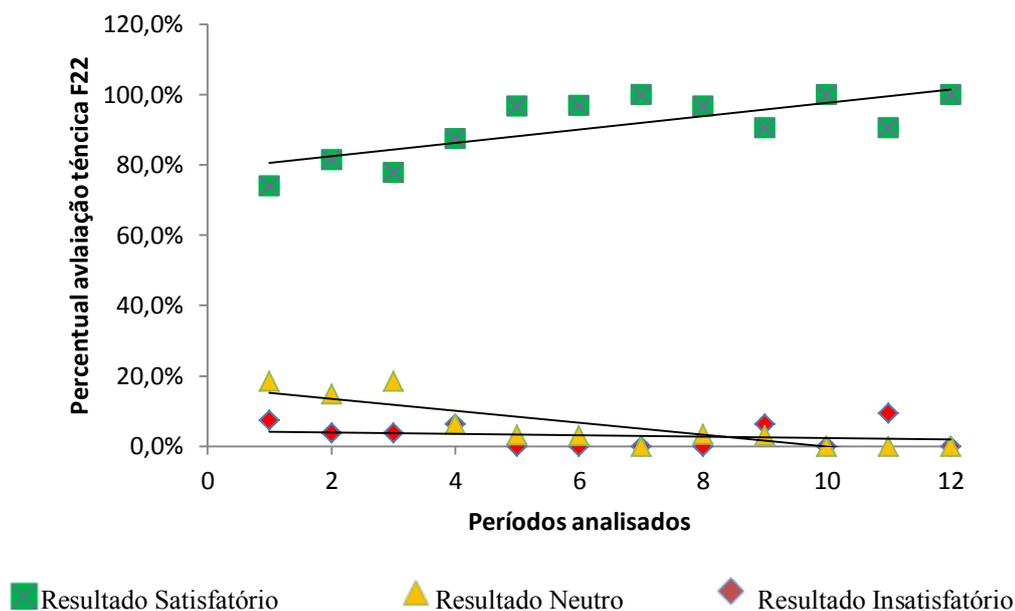
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 27 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F22**

F22	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	1	2	3	4	5
01-2015	7,4%		18,5%	74,1%	
02-2015	3,7%		14,8%	81,5%	
03-2015	3,7%		18,5%	77,8%	
04-2015	6,3%		6,3%	87,5%	
01-2016	0,0%		3,2%	96,8%	
02-2016	0,0%		3,1%	96,9%	
03-2016	0,0%		0,0%	100,0%	
04-2016	0,0%		3,3%	96,7%	
01-2017	6,3%		3,1%	90,6%	
02-2017	0,0%		0,0%	100,0%	
03-2017	9,4%		0,0%	90,6%	
04-2017	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os dados apresentados no Gráfico 18 demonstraram uma tendência de crescimento nos resultados satisfatórios ao longo do tempo e tendência redução nos resultados neutros e insatisfatórios.

**GRÁFICO 18 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F22**

A média anual de resultados satisfatórios para o ano de 2015 foi de 80,2%, enquanto que, em 2016, alcançou 97,6% e, em 2017, atingiu 95,3%, ficando acima de 90% nos dois últimos anos analisados.

### 5.1.23 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F23

Avaliou-se F23 do 2º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 29). Foram analisados 75 prontuários de avaliação/evolução do F22, totalizando 03 trimestres avaliados (9 meses). A agenda de F22 é composta por atendimentos individuais.

**TABELA 29 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F23**

F23	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
02-2017	1	0	0	1	21	23
03-2017	0	0	0	1	26	27
04-2017	0	0	0	0	25	25
<b>Total</b>	1	0	0	2	72	75

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Foram encontrados somente escores 4 e 5 em ATF-F23. A meta foi alcançada em todo o período analisado (Quadro 28).

**QUADRO 28 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F23**

F23	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
02-2017	4,3%		0,0%	95,7%	
03-2017	0,0%		0,0%	100,0%	
04-2017	0,0%		0,0%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A média para o ano de 2017 de ATF-F23 foi de 98,6%.

#### 5.1.24 AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA F24

Avaliou-se F24 do 1º trimestre de 2015 ao 4º trimestre de 2017 (Tabela 30). Foram analisadas 227 prontuários de avaliação/evolução do F24, totalizando 12 trimestres avaliados (36 meses). A agenda de F24 foi composta por atendimentos individuais.

**TABELA 30 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA – F24**

F24	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2015	0	0	0	1	13	14
02-2015	1	0	0	2	16	19
03-2015	1	0	0	7	14	22
04-2015	3	0	0	6	13	22
01-2016	0	0	0	4	12	16
02-2016	2	0	0	8	3	13
03-2016	0	0	1	3	15	19
04-2016	0	0	1	2	14	17
01-2017	2	0	0	1	19	22
02-2017	1	0	2	1	16	20
03-2017	1	0	1	0	22	24
04-2017	0	0	0	1	18	19
<b>Total</b>	11	0	5	36	175	227

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

O ATF-F21 apresentou escore 1 nos trimestres 02-03-04-2015; 02-2016 e 01-02-03-2017, não foi observado escore 2; o escore 3 apareceu em 03 e 04-2016; 02 e 03-2017. A maioria dos escores considerados como satisfatórios foi o 5.

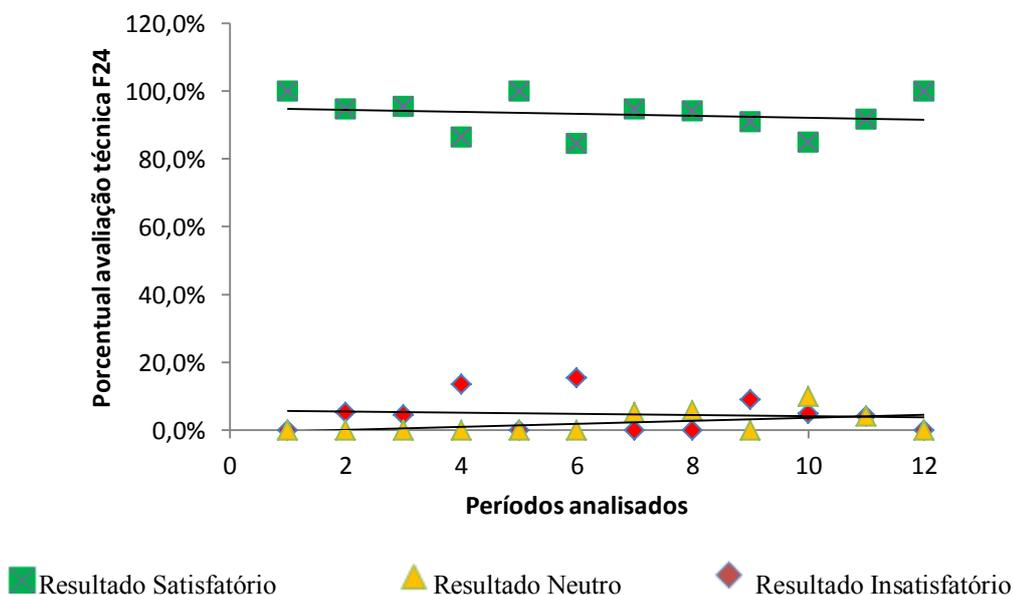
Conforme dados do Quadro 29, todos os resultados de F24 alcançaram a meta estabelecida durante o período analisado.

**QUADRO 29 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS POR FISIOTERAPEUTA – F24**

F24	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
01-2015	0,0%		0,0%		100,0%
02-2015	5,3%		0,0%		94,7%
03-2015	4,5%		0,0%		95,5%
04-2015	13,6%		0,0%		86,4%
01-2016	0,0%		0,0%		100,0%
02-2016	15,4%		0,0%		84,6%
03-2016	0,0%		5,3%		94,7%
04-2016	0,0%		5,9%		94,1%
01-2017	9,1%		0,0%		90,9%
02-2017	5,0%		10,0%		85,0%
03-2017	4,2%		4,2%		91,7%
04-2017	0,0%		0,0%		100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 19 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ATF AO LONGO DO TEMPO – F24**



As informações do Gráfico 19 demonstraram uma leve tendência à queda, mas os resultados, na maioria, superam 90%. Houve um aumento da tendência dos indicadores neutros ao longo do tempo.

A média anual do indicador ATF-F24 foi de: 2015 – 94,1%; 2016- 93,4%; e 2017- 91,9%.

#### 5.1.25 ANÁLISE DO INDICADOR DE AVALIAÇÃO TÉCNICA DO FISIOTERAPEUTA - GERAL

Ao analisar os resultados do grupo dos 24 fisioterapeutas dentro do indicador ATF, pode-se perceber que aqueles que atendem em grupo obtiveram resultados inferiores no escore 5 e maiores resultados nos escores 1, 2, 3 e 4 com relação aos fisioterapeutas que realizavam atendimento individual (Quadro 30).

Os escores 1 e 2 podem prejudicar o atendimento do cliente e resultados da CF, sendo necessário avaliar as ocorrências e providenciar o PDCA para soluções e acompanhamento.

**QUADRO 30 - PORCENTAGEM DE ESCORE POR TIPO DE ATENDIMENTO – GRUPO X INDIVIDUAL**

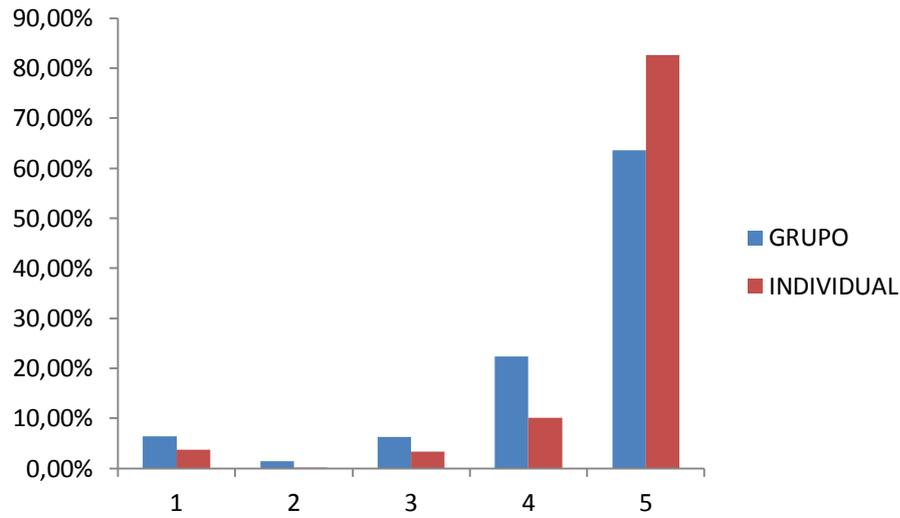
ATF Atendimento	Escore				
	1	2	3	4	5
GRUPO	 6,42%	 1,44%	 6,24%	 22,32%	63,58%
INDIVIDUAL	3,71%	0,14%	3,33%	10,17%	 82,65%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Embora os escores 3 e 4 fossem maiores no ATF dos fisioterapeutas em grupo, o resultado do escore 5, nos atendimentos individuais, demonstrou maior qualidade assistencial e provável aumento na satisfação dos clientes e empresa. Como resultado do indicador ATF, quanto maiores os resultados 5, melhor o desempenho profissional.

O Gráfico 20 faz um comparativo entre os escores individuais e em grupo.

**GRÁFICO 20 - COMPARATIVO POR ESCORE - ATENDIMENTO EM GRUPO X INDIVIDUAL**



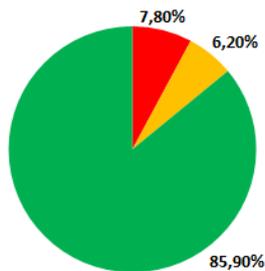
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os fisioterapeutas que atendiam individualmente apresentaram tendência de crescimento satisfatório maior do que os que realizavam tratamento fisioterapêutico em grupo (Gráfico 21). Do total de atendimentos individuais, 92,8% foram satisfatórios (4 e 5); 3,3% neutros (3); e 3,8% insatisfatórios (1 e 2), enquanto os fisioterapeutas que atendem mais de um paciente simultaneamente obtiveram 85,90% de resultados satisfatórios (4 e 5); 6,2% neutros (3) e 7,8% insatisfatórios (1 e 2).

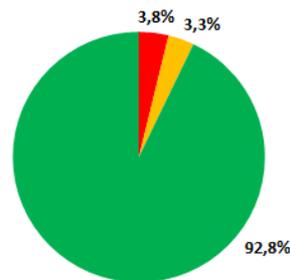
Conforme investigação dos resultados apresentados de F1 a F24 há maior risco de perda de qualidade assistencial com pior qualidade e desempenho dos fisioterapeutas que atendem um número maior de pacientes por horário.

**GRÁFICO 21 - COMPARATIVO DOS RESULTADOS DE ATF DOS FISIOTERAPEUTAS DA CF CONFORME TIPO DE ATENDIMENTO**

**ATENDIMENTO EM GRUPO**



**ATENDIMENTO INDIVIDUAL**

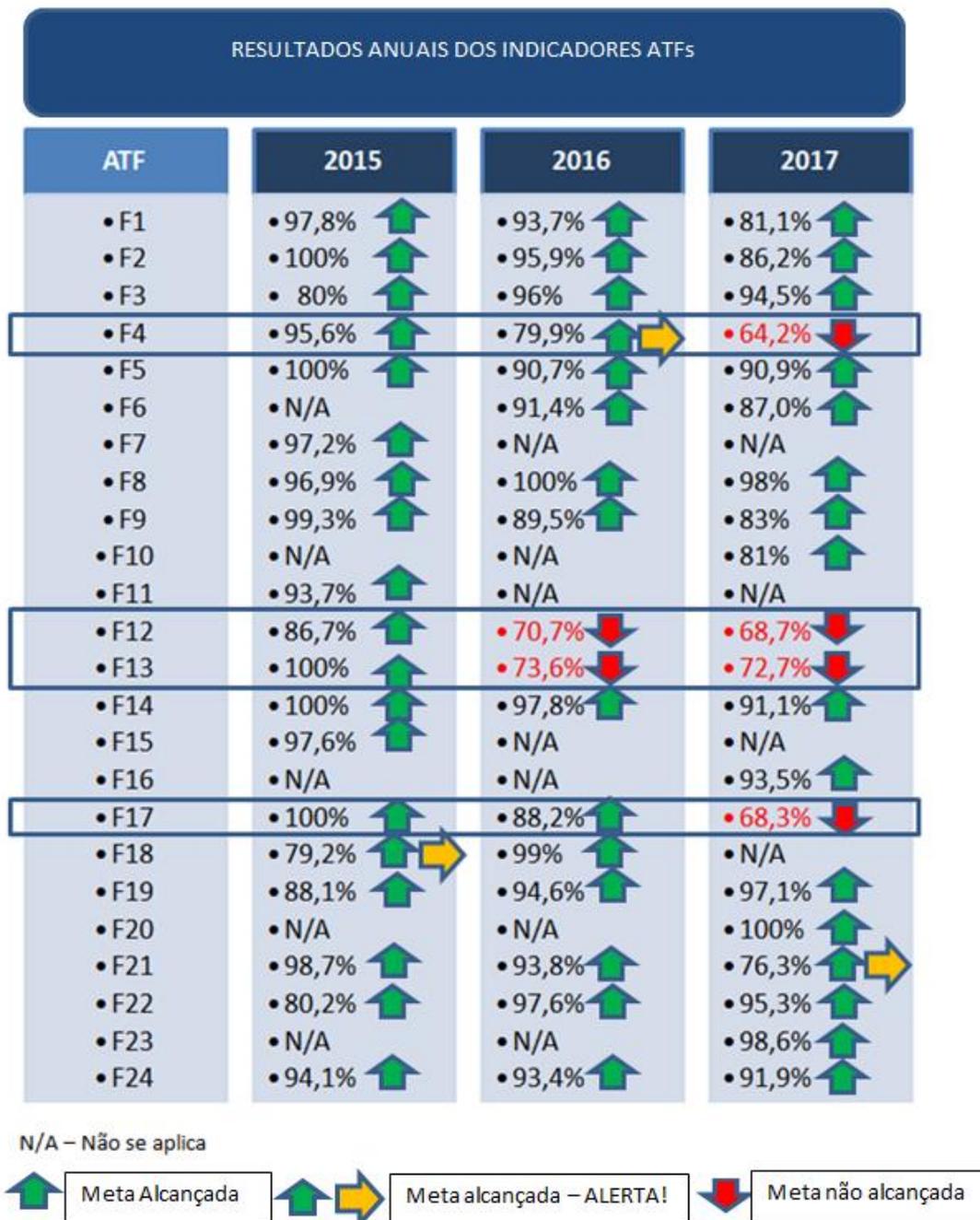


■ INSATISFATÓRIO  
 ■ NEUTRO  
 ■ SATISFATÓRIO

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Ao longo do tempo, os fisioterapeutas que realizam atendimento em grupo apresentaram quedas nos resultados, sendo o ano de 2017 com pior resultados na avaliação técnica dos profissionais. Paralelamente, os fisioterapeutas que realizavam atendimento individual apresentaram uma tendência de melhora na qualidade e desempenho ao longo dos anos.

FIGURA 5 - MÉDIA ANUAL DO INDICADOR ATF



Fonte: Elaboração própria

Embora o indicador ATF tenha demonstrado a queda nos resultados de alguns fisioterapeutas, é importante salientar que esses resultados foram em grande parte satisfatórios, superando a meta estabelecida (Figura 5). Porém, mesmo que os resultados foram, em sua maioria, acima da meta, os planos de ação foram realizados para promover melhoria na porção da meta não atingida. Os planos de ação visam o incremento, a correção ou a adequação nos processos e a melhoria no atendimento ao cliente.

Dos 24 fisioterapeutas analisados de janeiro/2015 a dezembro/2017, um fisioterapeuta solicitou desligamento; um colaborador foi promovido; três foram transferidos para outro recurso próprio para melhor adequação ao perfil; um profissional foi recolocado na especialidade neurofuncional, conforme sua formação e um foi desligado. Um dos profissionais que apresentava instabilidade em seus resultados estava em processo de realocação conforme sua especialidade e perfil. Foi percebido que dois fisioterapeutas apresentaram queda em seus resultados em períodos relacionados a problemas de saúde de familiares.

A CF se mostrou bastante conservadora em relação a equipe de fisioterapeutas, sempre buscando alternativas de melhoria da capacitação por meio de treinamentos e adequação a novas funções, conforme o perfil profissional.

## 5.2 INDICADOR DE RESOLUTIVIDADE POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

A análise do indicador de resolutividade por objetivos terapêuticos (ROT) foi realizada ao longo de três anos, de 2015 a 2017 (Tabela 31). Foram 4.773 análises de prontuários realizadas e os resultados referentes aos objetivos terapêuticos foram definidos nos escores de 1 a 5. Foram classificados com:

- a) Escore 1 – 192 resultados onde os objetivos terapêuticos estavam inadequados;
- b) Escore 2 – 72 resultados onde os objetivos terapêuticos não foram alcançados;
- c) Escore 3 – 255 resultados onde um objetivo terapêutico foi cumprido, com dois destes sem conquistas;
- d) Escore 4 – 847 resultados onde dois objetivos terapêuticos foram realizados com sucesso e um não apresentou obtenção;
- e) Escore 5 – 3.407 resultados com todos os objetivos terapêuticos planejados e executados com sucesso.

**TABELA 31 - ESCORES DO INDICADOR DE RESOLUTIVIDADE POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS**

ROT	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01/2015</b>	5	13	6	14	93	131
<b>02/2015</b>	3	8	6	196	158	371
<b>03/2015</b>	15	12	18	167	175	387
<b>04/2015</b>	3	6	11	176	189	385
<b>01/2016</b>	9	0	23	66	296	394
<b>02/2016</b>	12	10	18	67	298	405
<b>03/2016</b>	5	2	24	45	305	381
<b>04/2016</b>	17	0	28	33	350	428
<b>01/2017</b>	34	2	27	19	333	415
<b>02/2017</b>	37	7	30	19	360	453
<b>03/2017</b>	29	10	25	27	437	528
<b>04/2017</b>	23	2	39	18	413	495
<b>Total</b>	192	72	255	847	3407	4773

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A representação de cada escore foi de: 4,02% com escore 1; 1,51% com escore 2; 5,34% com escore 3; 17,75% com escore 4; e 71,38% com escore 5.

O Quadro 31 mostra a porcentagem aplicada no indicador ROT em cada trimestre nos escores de 1 a 5.

**QUADRO 31 - PORCENTAGEM APLICADA NO INDICADOR ROT EM CADA TRIMESTRE CONFORME ESCORE**

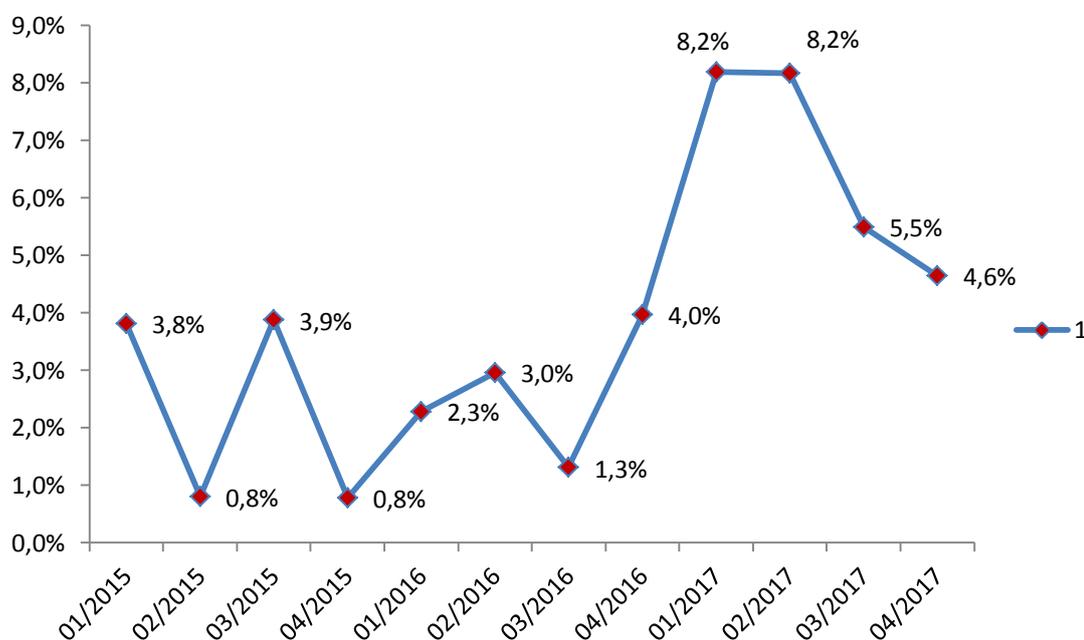
ROT	Escore				
	1	2	3	4	5
<b>01-2015</b>	3,8%	9,9%	4,6%	10,7%	71,0%
<b>02-2015</b>	0,8%	2,2%	1,6%	52,8%	42,6%
<b>03-2015</b>	3,9%	3,1%	4,7%	43,2%	45,2%
<b>04-2015</b>	0,8%	1,6%	2,9%	45,7%	49,1%
<b>01-2016</b>	2,3%	0,0%	5,8%	16,8%	75,1%
<b>02-2016</b>	3,0%	2,5%	4,4%	16,5%	73,6%
<b>03-2016</b>	1,3%	0,5%	6,3%	11,8%	80,1%
<b>04-2016</b>	4,0%	0,0%	6,5%	7,7%	81,8%
<b>01-2017</b>	8,2%	0,5%	6,5%	4,6%	80,2%
<b>02-2017</b>	8,2%	1,5%	6,6%	4,2%	79,5%
<b>03-2017</b>	5,5%	1,9%	4,7%	5,1%	82,8%
<b>04-2017</b>	4,6%	0,4%	7,9%	3,6%	83,4%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Conforme a apreciação da evolução dos escores 1 ao longo do tempo (Gráfico 22) constatou-se um aumento no primeiro semestre de 2017, tendendo a redução no segundo semestre do mesmo ano. Quando os objetivos terapêuticos são inadequados para o tratamento do paciente, aumenta-se o risco de piora do quadro clínico, assim como possíveis prejuízos à qualidade de vida destes. Com relação ao gerenciamento da CF e os resultados esperados pela OPSS, quanto maior o escore 1, maiores os danos que podem ser gerados.

**GRÁFICO 22- ANÁLISE AO LONGO DO TEMPO DO ESCORE 1 NO INDICADOR ROT**

### ROT - Evolução do Escore 1

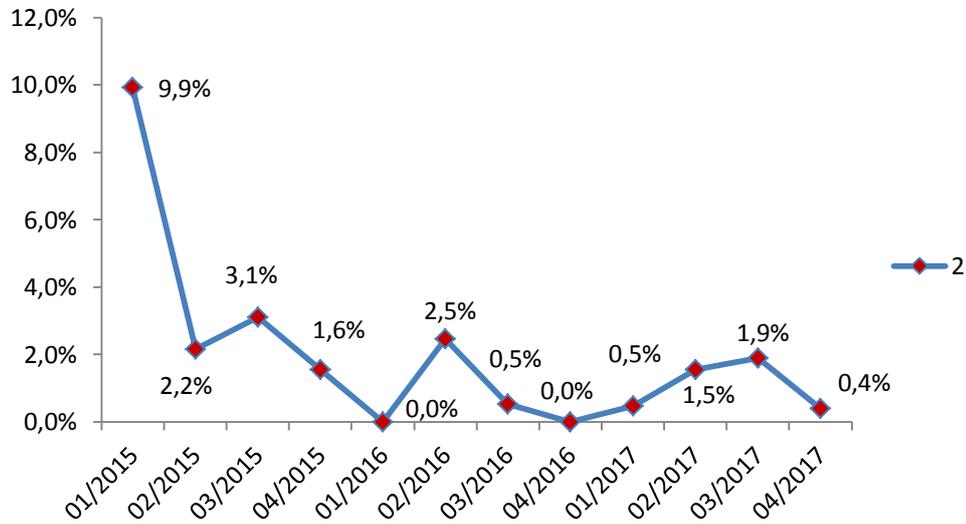


Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Em consonância com a evolução dos escores 2 ao longo do tempo (Gráfico 23), constatou-se uma redução ao longo do tempo. Importa destacar que os objetivos terapêuticos não alcançados prejudicam a qualidade de vida dos pacientes que se propõem a receber um tratamento fisioterapêutico adequado e com bons resultados, mas que, por algum motivo, não apresentam as soluções programadas. De acordo com a análise abaixo, a CF melhorou com relação a esse escore, principalmente relacionado ao período 01-2015, o que foi bastante positivo para a instituição, fisioterapeutas e pacientes.

**GRÁFICO 23 - ANÁLISE AO LONGO DO TEMPO DO ESCORE 2 NO INDICADOR ROT**

**ROT - Evolução do Escore 2**

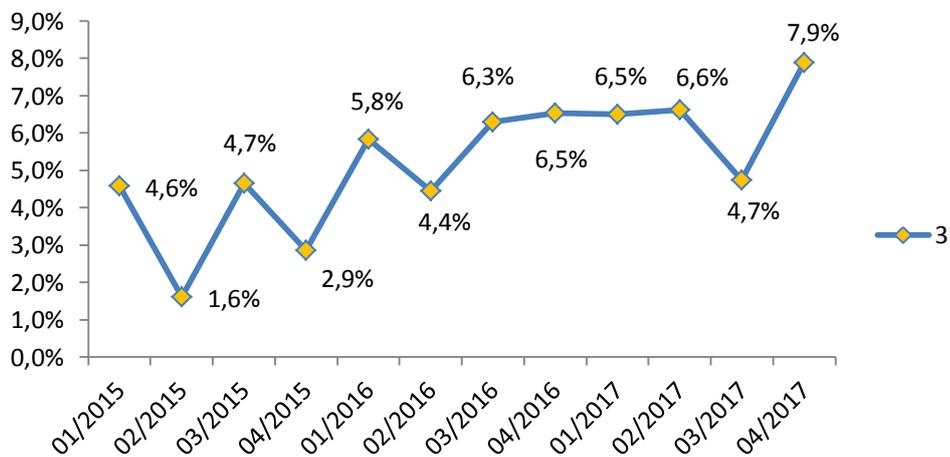


Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

À medida em que se explorou o escore 3 ao longo do tempo, os dados do Gráfico 24 evidenciaram um aumento durante o período inspecionado em detrimento, principalmente, ao escore 2. Os objetivos terapêuticos alcançados em pequena parcela, mas que promova de alguma forma a melhoria das condições físicas do paciente, provavelmente corroboram com a melhoria da satisfação do cliente e equipe.

**GRÁFICO 24 - ANÁLISE AO LONGO DO TEMPO DO ESCORE 3 NO INDICADOR ROT**

**ROT - Evolução do Escore 3**

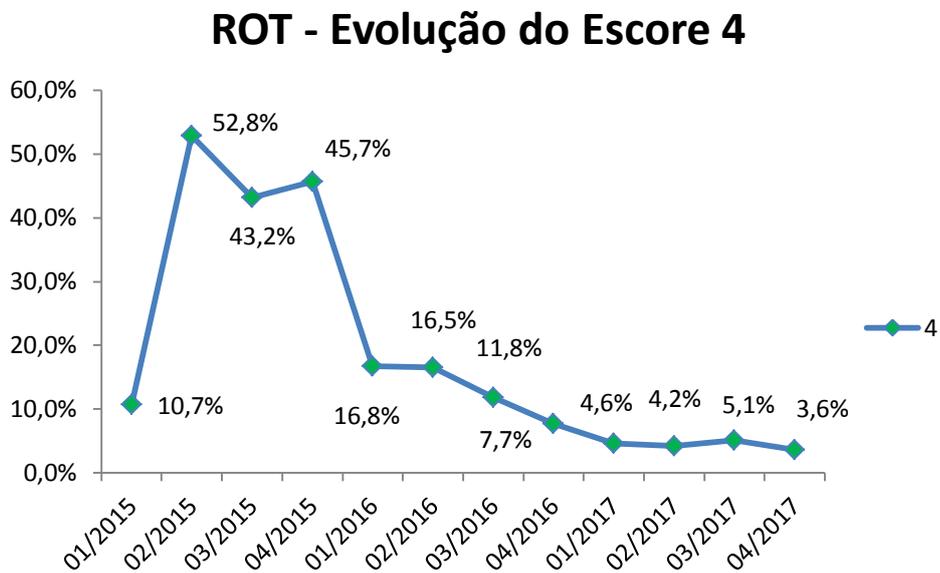


Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Conforme se averiguou, o escore 4, ao longo do tempo (Gráfico 25), identificou-se que houve queda desses resultados ao longo do tempo.

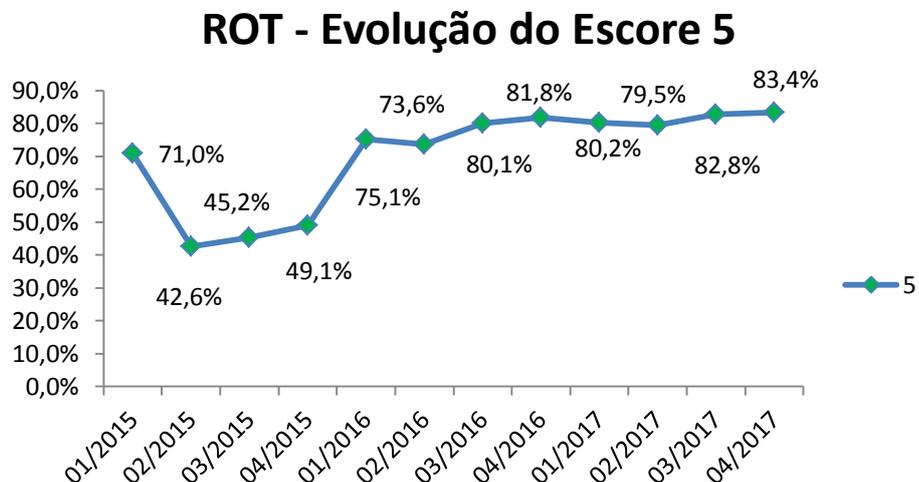
Ao analisar o Gráfico 25, foi identificado que do 2º ao 4º trimestre de 2015, os fisioterapeutas traçavam objetivos de médio prazo em um curto prazo, não realizando todos os objetivos terapêuticos programados, elevando os escores 4.

**GRÁFICO 25 - ANÁLISE AO LONGO DO TEMPO DO ESCORE 4 NO INDICADOR ROT**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 26 - ANÁLISE AO LONGO DO TEMPO DO ESCORE 5 NO INDICADOR ROT**

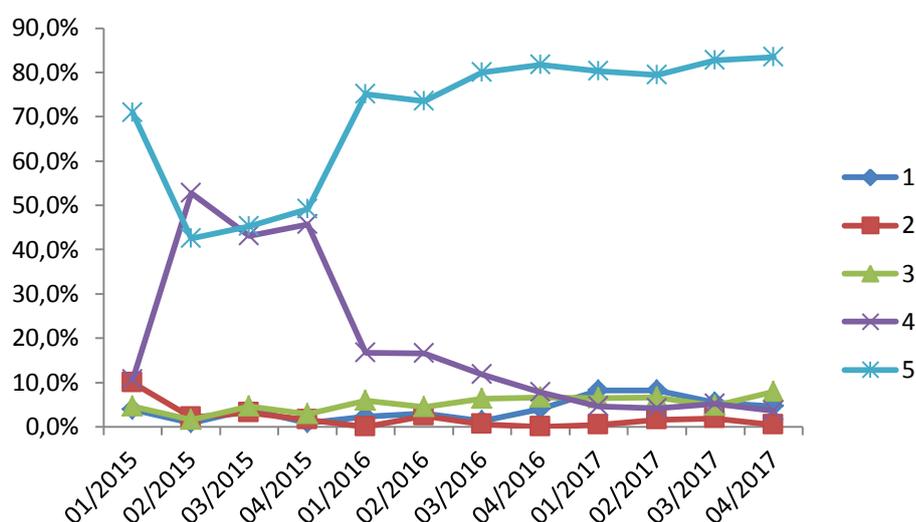


Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Porém, em contrapartida, ao analisar-se o Gráfico 26, onde o escore 5 é crescente, foi possível identificar que houve uma inversão dos resultados, com redução do escore 4, ao comparar com o Gráfico 25, o que foi positivo para a CF. O resultado de escore 5 tende a proporcionar melhor qualidade de vida aos clientes.

Dessa forma, os objetivos terapêuticos se tornaram mais bem definidos e adequados ao planejamento terapêutico proposto, conforme demonstrado na análise do indicador ROT. No Gráfico 27, pode-se verificar a transição dos escores 4 e 5, representando melhor performance quanto aos objetivos terapêuticos.

**GRÁFICO 27 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE 1 A 5 - ROT**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A meta do indicador ROT de 75% foi efetivada durante todos os meses avaliados (Quadro 32).

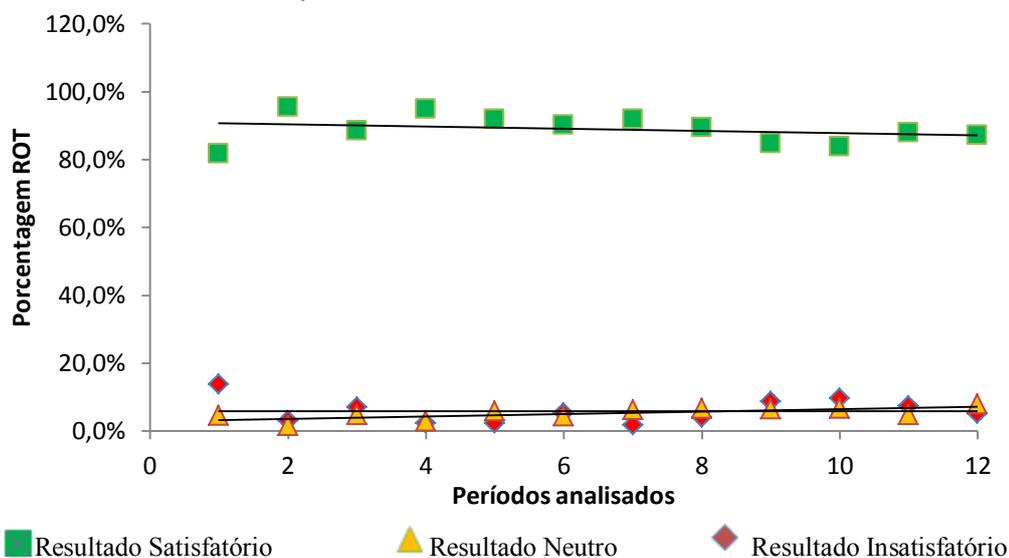
Porém, foi interessante analisar a linha de tendência dos resultados satisfatórios, em comparação com os resultados neutros e insatisfatórios. A linha de tendência que demonstrou crescimento foi relacionada aos resultados neutros, enquanto que os insatisfatórios e satisfatórios reduziram (Gráfico 28).

**QUADRO 32 - PORCENTAGEM DE RESULTADOS INSATISFATÓRIOS – NEUTROS – SATISFATÓRIOS - ROT**

ROT	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4	Escore 5
01-2015	13,7%		4,6%		81,7%
02-2015	3,0%		1,6%		95,4%
03-2015	7,0%		4,7%		88,4%
04-2015	2,3%		2,9%		94,8%
01-2016	2,3%		5,8%		91,9%
02-2016	5,4%		4,4%		90,1%
03-2016	1,8%		6,3%		91,9%
04-2016	4,0%		6,5%		89,5%
01-2017	8,7%		6,5%		84,8%
02-2017	9,7%		6,6%		83,7%
03-2017	7,4%		4,7%		87,9%
04-2017	5,1%		7,9%		87,1%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 28 - EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO ROT AO LONGO DO TEMPO**



Em verificação prévia dos prontuários em 2014, foi percebido que não havia uniformidade nas descrições, e os planos terapêuticos nem sempre estavam descritos com clareza, conforme preconizado pela Resolução 414/2012 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Consentia-se que, com o estabelecimento de indicadores que avaliassem os resultados dos tratamentos, fosse possível aperfeiçoar os planos terapêuticos, com reflexo em nível de satisfação dos clientes quanto ao tratamento realizado

impactando em maior qualidade de vida a eles, melhorar a capacidade técnica dos fisioterapeutas individualmente e do grupo, proporcionar melhor otimização na cultura de descrição da evolução dos pacientes e, conseqüentemente, aumento da qualidade da assistência prestada.

Como apoio a gestão da CF, o indicador ROT fez com que os fisioterapeutas fossem mais realistas em suas metas terapêuticas ao longo do tempo, adequando-se melhor os objetivos traçados e objetivos alcançados, melhorando o desempenho do escore 5 ao longo do tempo.

Foi definido, para fins de melhoria no gerenciamento da CF, que os itens avaliados como 1 e 2 seriam tratados diretamente com o fisioterapeuta, avaliando suas dificuldades e oferecendo supervisão ou treinamento quando necessário para melhor desempenho. A ausência de informações nos prontuários e preenchimento inadequados geraram orientações técnicas aos profissionais por parte da gestão da CF, pois a ausência de informações, mesmo que o paciente tenha obtido melhora no seu tratamento, poderia comprometer os resultados futuros.

Percebeu-se que, após o treinamento da equipe, os resultados insatisfatórios reduziram, principalmente a partir de 04-2015, porém, em 2017, houve aumento destes resultados, com a entrada de novos fisioterapeutas na equipe que, gradativamente, foram capacitados para o preenchimento adequado dos objetivos terapêuticos nos prontuários.

Vale observar que os objetivos terapêuticos bem definidos pelo fisioterapeuta permitem que o tratamento seja realizado em menor tempo e de forma assertiva. Porém, as informações do indicador precisam ser relacionadas com aos demais indicadores, para que possa refletir em qualidade de atendimento fisioterapêutico ao paciente.

Esse indicador teve um aumento no nível de análise crítica relativo aos resultados, visto que a equipe era capacitada, a cada trimestre, para aperfeiçoar as descrições e os planos terapêuticos.

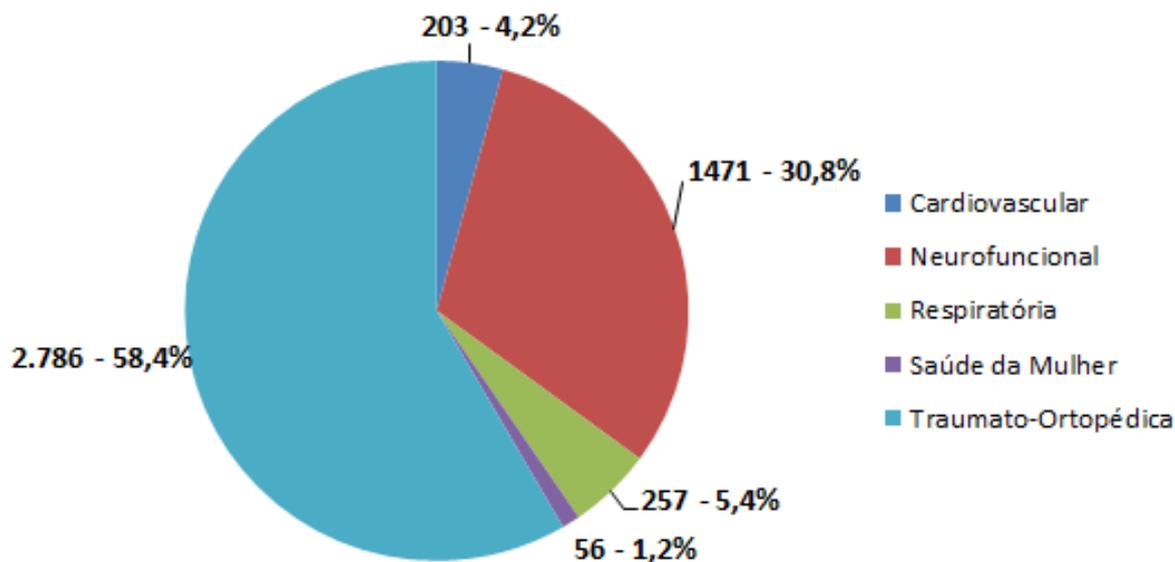
### 5.3 INDICADOR DE RESOLUTIVIDADE POR ESPECIALIDADE FISIOTERAPÊUTICA

Para o Indicador de Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica (REF) foram 4.773 prontuários avaliados entre 2015 e 2017, nas especialidades: Cardiovascular – 203

(4,3%); Neurofuncional – 1.471 (30,8%); Respiratória – 257 (5,4%); Saúde da Mulher – 56 (1,2%) e Traumato-ortopédica – 2.786 (58,4%).

As especialidades de Traumato-ortopédica e Neurofuncional foram as mais atendidas entre 2015 e 2017 na CF, seguidas pela respiratória, cardiovascular e saúde da mulher respectivamente (Gráfico 29).

**GRÁFICO 29 - PRONTUÁRIOS ANALISADOS POR ESPECIALIDADE DA CF – QUANTIDADE E PORCENTAGEM**



Fonte: Documentos internos CF

### 5.3.1 – ESPECIALIDADE CARDIOVASCULAR

A especialidade Cardiovascular cresceu ao longo dos três anos de estudo, conforme Tabela 32. De acordo com o indicador REF, foram 203 prontuários analisados, 97,54% apresentaram resultados satisfatórios, apenas 1,48% neutros e 0,99% de resultados insatisfatórios.

Os atendimentos na especialidade Cardiovascular eram realizados individualmente. Para melhoria constante da especialidade, foi feito incentivo para capacitação dos colaboradores e, para novas contratações, exigia-se a formação na especialidade.

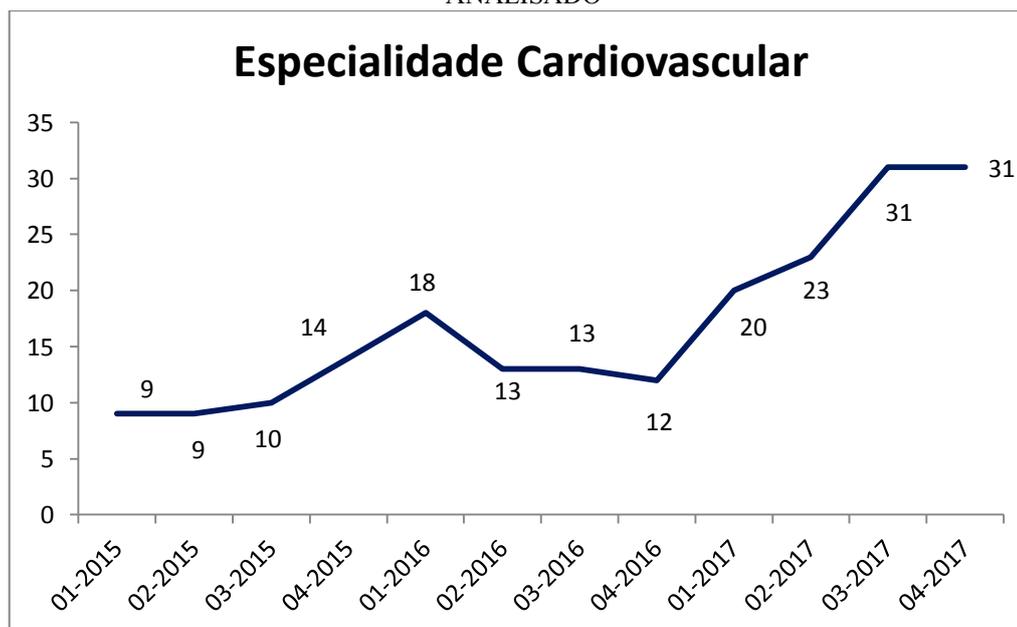
No período analisado, houve crescimento da especialidade, com melhora na confiabilidade dos serviços prestados ao cliente (Gráfico 30).

**TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIDADE CARDIOVASCULAR NA CF**

Especialidade Cardiovascular	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2015	0	0	0	2	7	9
02-2015	0	0	0	1	8	9
03-2015	0	1	0	2	7	10
04-2015	0	1	0	1	12	14
01-2016	0	0	0	1	17	18
02-2016	0	0	1	1	11	13
03-2016	0	0	1	0	12	13
04-2016	0	0	0	0	12	12
01-2017	0	0	0	0	20	20
02-2017	0	0	0	0	23	23
03-2017	0	0	1	1	29	31
04-2017	0	0	0	1	30	31
<b>Total</b>	0	2	3	10	188	203

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**GRÁFICO 30 - CRESCIMENTO DA ESPECIALIDADE CARDIOVASCULAR NO PERÍODO ANALISADO**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Conforme estabelecido o indicador, REF – Cardiovascular atingiu a meta durante todo o período analisado, com excelentes resultados ao longo do tempo (Quadro 33).

**QUADRO 33 - RESULTADOS DE ACORDO COM A META DO INDICADOR REF – ESPECIALIDADE CARDIOVASCULAR**

Especialidade Cardiovascular	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório
	Escore 1 e 2	Escore 3	Escore 4 e 5
01-2015	0,0%	0,0%	100,0%
02-2015	0,0%	0,0%	100,0%
03-2015	10,0%	0,0%	90,0%
04-2015	7,1%	0,0%	92,9%
01-2016	0,0%	0,0%	100,0%
02-2016	0,0%	7,7%	92,3%
03-2016	0,0%	7,7%	92,3%
04-2016	0,0%	0,0%	100,0%
01-2017	0,0%	0,0%	100,0%
02-2017	0,0%	0,0%	100,0%
03-2017	0,0%	3,2%	96,8%
04-2017	0,0%	0,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A especialidade obteve excelentes resultados ao longo do período analisado e aumento do encaminhamento médico para a CF, fidelizando clientes pela qualidade assistencial prestada e resultados alcançados. A capacitação e incentivo à especialização dos fisioterapeutas, ofereceu impacto positivo nos resultados da especialidade.

### 5.3.2 – ESPECIALIDADE NEUROFUNCIONAL

Os atendimentos da Especialidade Neurofuncional eram realizados individualmente e, em alguns casos, os atendimentos aconteciam em conjunto com a Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo ou Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional, ou seja, dois

profissionais com um paciente. Essas definições eram discutidas entre as equipes, e definia-se a conduta de tratamento mais adequada ao paciente naquele momento.

A especialidade Neurofuncional é a segunda mais comum na CF. De 1.471 prontuários analisados (Tabela 33), 0,6% apresentaram resultados insatisfatórios, 11,6 % neutros e 87,8% de resultados satisfatórios. Esta especialidade tem como características várias doenças progressivas, quadros funcionais crônicos e em manutenção de tratamento, o que aumenta a pontuação 2 relacionada a piora do quadro funcional, pois mesmo com o tratamento fisioterapêutico adequado, algumas doenças como ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica ou Distrofias Musculares podem piorar.

**TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIDADE NEUROFUNCIONAL NA CF**

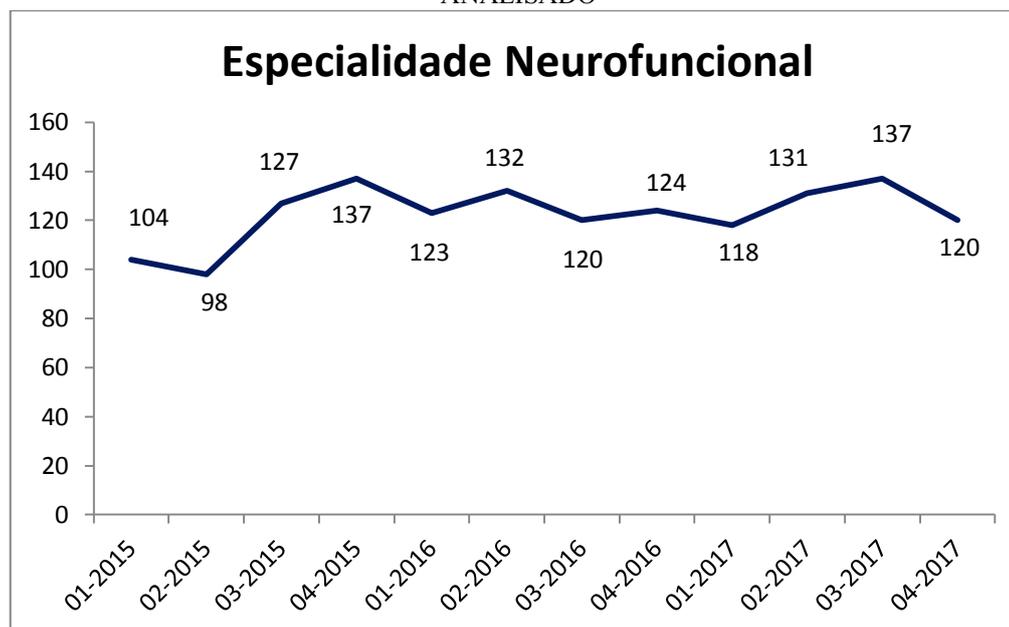
Especialidade Neurofuncional	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01-2015</b>	0	4	23	13	64	104
<b>02-2015</b>	0	0	23	10	65	98
<b>03-2015</b>	0	1	40	36	50	127
<b>04-2015</b>	0	2	30	34	71	137
<b>01-2016</b>	0	0	17	16	90	123
<b>02-2016</b>	0	0	9	20	103	132
<b>03-2016</b>	0	0	2	7	111	120
<b>04-2016</b>	0	0	6	5	113	124
<b>01-2017</b>	0	0	6	28	84	118
<b>02-2017</b>	0	0	7	23	101	131
<b>03-2017</b>	1	0	5	26	105	137
<b>04-2017</b>	0	0	3	6	111	120
<b>Total</b>	1	7	171	224	1068	1471

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

A especialidade de Neurofuncional manteve ao longo do tempo uma média de 122 pacientes por trimestre (Gráfico 31).

A especialidade não alcançou a meta de 75% de resultados satisfatórios no ano de 2015 nos trimestres 01 e 03, conforme Quadro 34. Nos trimestres 02 e 04 de 2015, os resultados ficaram pouco acima de 75%, perfazendo uma média no ano de 73,8%, o que demonstrou necessidade de atenção a essa especialidade. Os resultados fizeram com que a gestão da CF percebesse a necessidade de realizar treinamentos para a equipe, o que refletiu nos resultados dos trimestres seguintes.

**GRÁFICO 31 - CRESCIMENTO DA ESPECIALIDADE NEUROFUNCIONAL NO PERÍODO ANALISADO**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

**QUADRO 34 - RESULTADOS DE ACORDO COM A META DO INDICADOR REF – ESPECIALIDADE NEUROFUNCIONAL**

Especialidade Neurofuncional	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório
	Escore 1 e 2	Escore 3	Escore 4 e 5
01-2015	3,8%	22,1%	74,0%
02-2015	0,0%	23,5%	76,5%
03-2015	0,8%	31,5%	67,7%
04-2015	1,5%	21,9%	76,6%
01-2016	0,0%	13,8%	86,2%
02-2016	0,0%	6,8%	93,2%
03-2016	0,0%	1,7%	98,3%
04-2016	0,0%	4,8%	95,2%
01-2017	0,0%	5,1%	94,9%
02-2017	0,0%	5,3%	94,7%
03-2017	0,7%	3,6%	95,6%
04-2017	0,0%	2,5%	97,5%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Nos anos de 2016 e 2017, a média de resultados satisfatórios ficou em 93,2% e 95,7% respectivamente, demonstrando melhora na qualidade assistencial dessa especialidade. Conforme análise trimestral de indicadores REF – Neurofuncional foram realizadas capacitações para melhoria dos serviços, como cursos sobre autismo, liberação de

funcionários para realizar o Conceito Bobath, RNM e supervisões das equipes que passaram a discutir os casos clínicos reunindo fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, o que contribuiu para melhoria dos atendimentos prestados aos clientes, que pode ser evidenciado pela melhoria nos resultados dos indicadores.

Com a melhoria na qualidade dos atendimentos na especialidade Neurofuncional, assim como o aumento de demanda judicial para o atendimento de *Pedia Suit*, foi programado para 2018, o investimento nesta ramificação da especialidade. Definiu-se por ampliar o parque tecnológico com a aquisição das gaiolas, material específico para essa terapia, assim como o treinamento da equipe para a Terapia de *Pedia Suit*. Dessa forma, vislumbrou-se a ampliação dos serviços ofertados aos pacientes, oferecendo um diferencial de mercado.

### 5.3.3 – ESPECIALIDADE RESPIRATÓRIA

Para a análise da especialidade Respiratória, foram analisados 257 prontuários. Desses prontuários analisados, 0,4% apresentaram resultados insatisfatórios, 4,7 % neutros e 94,9% de resultados satisfatórios. Nesta especialidade, encontram-se vários pacientes que também realizam a Especialidade Neurofuncional, devido aos quadros clínicos apresentados e necessidade de preservação da musculatura respiratória para evitar internações dos pacientes e complicações. Os atendimentos dessa especialidade são realizados individualmente.

Os prontuários foram classificados conforme o indicador REF (Tabela 34).

Com a análise do indicador REF nos primeiros trimestres de 2015, a gestão da CF (filial Reabilitação) percebeu a necessidade de ampliação dos atendimentos na Especialidade, a fim de evitar complicações respiratórias aos pacientes, principalmente os que já eram atendidos pela Especialidade neurofuncional. Dessa forma, houve o investimento no equipamento *Cough assist*, para auxiliar principalmente os clientes com distrofias musculares.

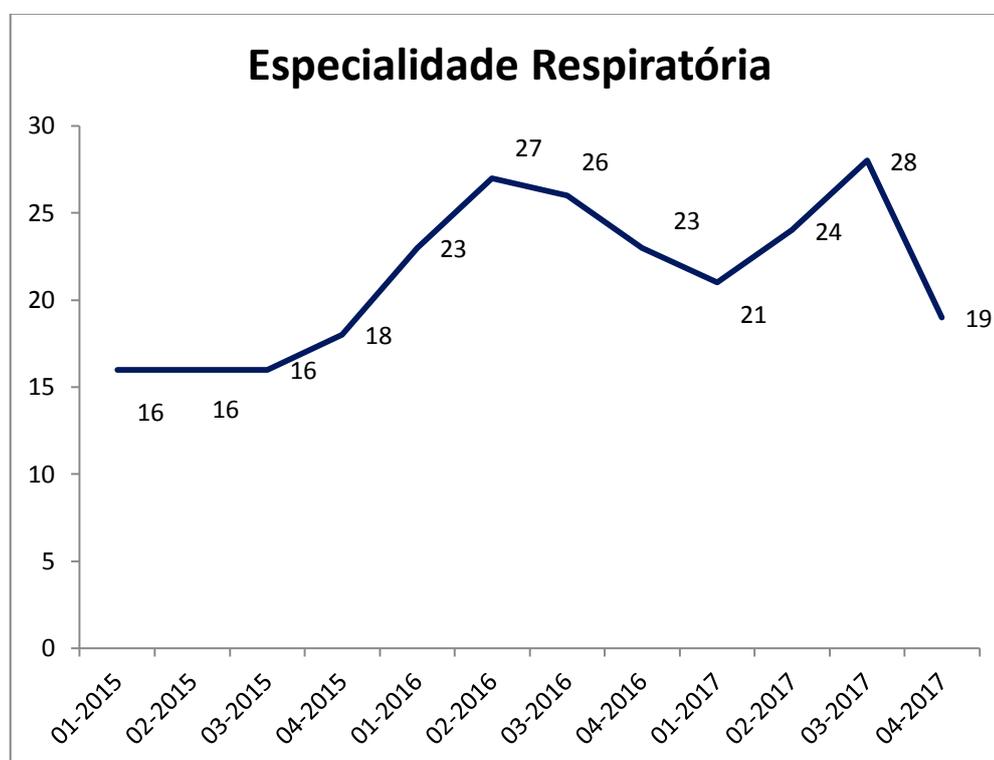
Pode-se observar o crescimento da especialidade a partir de 04-2015 (Gráfico 32), período em que passou a apresentar um diferencial de mercado com o novo equipamento adquirido.

TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIDADE RESPIRATÓRIA NA CF

Especialidade Respiratória	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
01-2015	0	1	2	1	12	16
02-2015	0	0	2	1	13	16
03-2015	0	0	4	3	9	16
04-2015	0	0	0	3	15	18
01-2016	0	0	1	1	21	23
02-2016	0	0	1	11	15	27
03-2016	0	0	0	1	25	26
04-2016	0	0	1	1	21	23
01-2017	0	0	1	12	8	21
02-2017	0	0	0	9	15	24
03-2017	0	0	0	11	17	28
04-2017	0	0	0	5	14	19
<b>Total</b>	0	1	12	59	185	257

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

GRÁFICO 32 - CRESCIMENTO DA ESPECIALIDADE RESPIRATÓRIA NO PERÍODO ANALISADO



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

**QUADRO 35 - RESULTADOS DE ACORDO COM A META DO INDICADOR REF – ESPECIALIDADE RESPIRATÓRIA**

Especialidade Respiratória	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório
	Escore 1 e 2	Escore 3	Escore 4 e 5
01-2015	6,3%	12,5%	81,3%
02-2015	0,0%	12,5%	87,5%
03-2015	0,0%	25,0%	75,0%
04-2015	0,0%	0,0%	100,0%
01-2016	0,0%	4,3%	95,7%
02-2016	0,0%	3,7%	96,3%
03-2016	0,0%	0,0%	100,0%
04-2016	0,0%	4,3%	95,7%
01-2017	0,0%	4,8%	95,2%
02-2017	0,0%	0,0%	100,0%
03-2017	0,0%	0,0%	100,0%
04-2017	0,0%	0,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

A especialidade alcançou a meta de 75% de resultados satisfatórios em todos os períodos analisados, porém sobre a meta de 03-2015 ficou sobre a meta, conforme o Quadro 35. Ao comparar os anos analisados, percebe-se que houve crescimento da média dos resultados satisfatórios, demonstrando melhora na qualidade do atendimento assistencial prestado ao cliente. A média de resultados satisfatórios foi de 85,9% - 96,9% - 98,8% nos anos de 2015 – 2016 – 2017, respectivamente.

Durante o período analisado, várias melhorias foram realizadas na CF (filial de Reabilitação), como a instalação de sala exclusiva para o atendimento da especialidade, duas capacitações aos fisioterapeutas em 2015, aquisição de equipamentos de melhor suporte às terapias, assim como a definição de dois profissionais especialistas para o atendimento e treinamento do restante da equipe.

#### 5.3.4 – ESPECIALIDADE SAÚDE DA MULHER

A especialidade Saúde da Mulher apresentou dois momentos. Em 2015, o fisioterapeuta, que atendia aos pacientes desta especialidade, solicitou desligamento e a

especialidade ficou sem um profissional dedicado ao atendimento, sinalizado na Tabela 35. Essa é uma especialidade que exige a adequada capacitação e especialização do profissional, sendo que há poucos no mercado de trabalho.

**TABELA 35- DISTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIDADE SAÚDE DA MULHER NA CF**

Especialidade Saúde da Mulher	Score					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>01-2015</b>	0	0	1	0	1	2
<b>02-2015</b>	0	1	0	0	1	2
<b>03-2015</b>	0	0	1	0	1	2
<b>04-2015</b>	0	0	0	0	1	1
<b>01-2016</b>	0	0	0	0	0	0
<b>02-2016</b>	0	0	0	0	0	0
<b>03-2016</b>	0	0	0	0	0	0
<b>04-2016</b>	0	0	0	0	0	0
<b>01-2017</b>	0	0	0	0	0	0
<b>02-2017</b>	0	0	0	0	8	8
<b>03-2017</b>	0	0	0	4	17	21
<b>04-2017</b>	0	0	0	1	19	20
<b>Total</b>	0	1	2	5	48	56

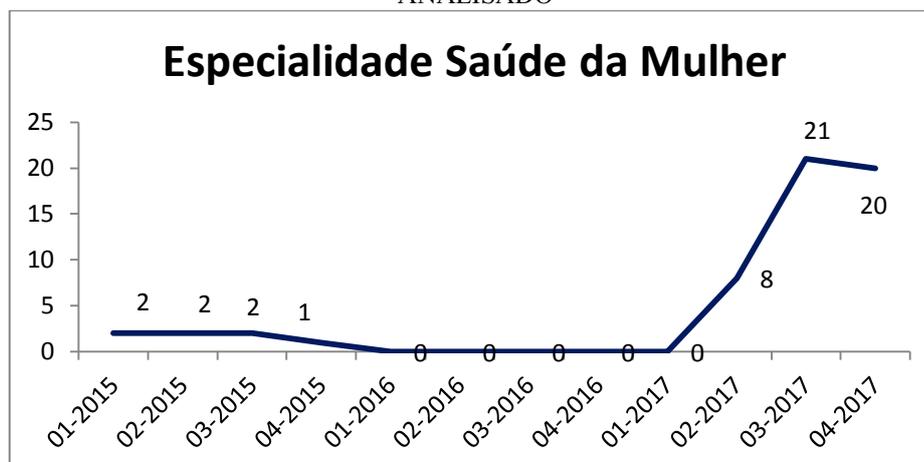
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Após análise do crescimento na rede externa dos atendimentos comparados com o serviço próprio, optou-se por contratar outro fisioterapeuta especialista e, com isso, observou-se o crescimento da especialidade ao longo de 2017. Os atendimentos dessa especialidade são realizados individualmente e em sala reservada.

Foram analisados 56 prontuários na especialidade Saúde da Mulher, sendo verificada excelente qualidade nos atendimentos realizados em 2017. Os resultados insatisfatórios somaram 1,8%, enquanto dos neutros somam 8,9% do total de análises realizadas e 94,6% de resultados satisfatórios, durante os períodos analisados.

Houve um crescimento expressivo nesta especialidade em 2017, com qualidade assistencial diferencial aos clientes (Gráfico 33).

**GRÁFICO 33 - CRESCIMENTO DA ESPECIALIDADE SAÚDE DA MULHER NO PERÍODO ANALISADO**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

Como em 2015 poucos clientes eram atendidos na especialidade, nos três primeiros trimestres de 2015, o indicador não atingiu a meta estabelecida pela CF. Na ocasião, o fisioterapeuta responsável pelo atendimento da especialidade foi encaminhado para capacitação externa, com a finalidade de melhorar o serviço prestado aos clientes. A especialidade ficou sem profissional dedicado em 2016 e, em 2017, foi realizada a contratação de profissional especialista na área, o que promoveu importante diferencial nos resultados, conforme Quadro 36.

**QUADRO 36 - RESULTADOS DE ACORDO COM A META DO INDICADOR REF – ESPECIALIDADE SAÚDE DA MULHER**

Especialidade Saúde da Mulher	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório
	Escore 1 e 2	Escore 3	Escore 4 e 5
01-2015	0,0%	50,0%	50,0%
02-2015	50,0%	0,0%	50,0%
03-2015	0,0%	50,0%	50,0%
04-2015	0,0%	0,0%	100,0%
01-2016	0,0%	0,0%	0,0%
02-2016	0,0%	0,0%	0,0%
03-2016	0,0%	0,0%	0,0%
04-2016	0,0%	0,0%	0,0%
01-2017	0,0%	0,0%	0,0%
02-2017	0,0%	0,0%	100,0%
03-2017	0,0%	0,0%	100,0%
04-2017	0,0%	0,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

Para a nova etapa de 2017, foi realizada a reforma de sala de atendimento com banheiro exclusivo. O investimento em novos equipamentos para a especialidade também foram realizados. Um dos pontos definidos pela gestão da CF para uma qualidade assistencial adequada ao atendimento dos clientes foi contratar um profissional referência no mercado e especialista, com a finalidade de manter competitividade adequada com o mercado externo. Dessa forma, percebeu-se que, quando uma especialidade tem um profissional qualificado, existe tendência ao crescimento da área e aceitabilidade por parte dos pacientes, com maior confiabilidade e resultados satisfatórios.

### 5.3.5 – ESPECIALIDADE TRAUMATO-ORTOPÉDICA

A especialidade Traumato-ortopédica é a mais comum no serviço da CF. Os atendimentos são realizados com um fisioterapeuta e em média três clientes no mesmo horário. Foram analisados 2.786 prontuários, onde 6,7% obtiveram resultados insatisfatórios, 7,0% neutros e 86,3% satisfatórios, ao analisar a média dos resultados no período de estudo. As análises dos prontuários da especialidade Traumato-ortopédica iniciaram a partir de 02-2015, após capacitação para a realização do correto preenchimento das avaliações e evoluções dos fisioterapeutas.

**TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIDADE TRAUMATO-ORTOPÉDICA NA CF**

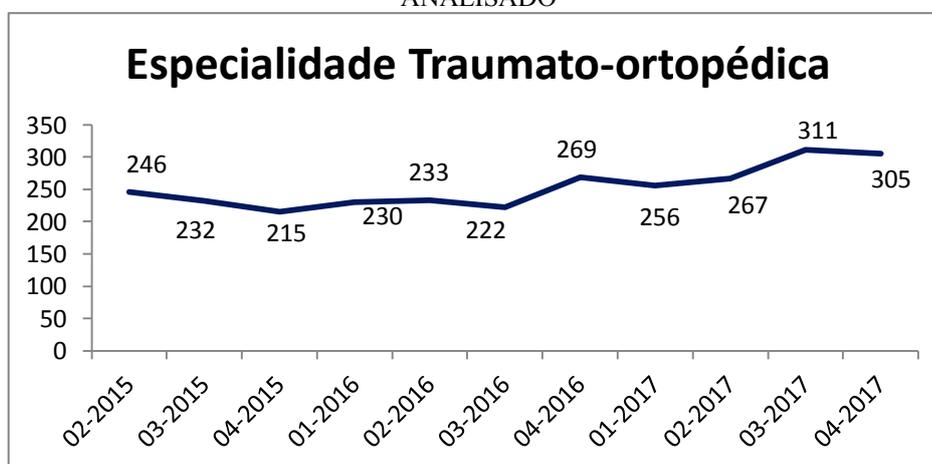
Especialidade Traumato-Ortopédica	Escore					Prontuários
	1	2	3	4	5	
<b>02-2015</b>	0	3	0	182	61	246
<b>03-2015</b>	0	13	1	127	91	232
<b>04-2015</b>	0	0	0	137	78	215
<b>01-2016</b>	0	9	18	47	156	230
<b>02-2016</b>	1	12	16	45	159	233
<b>03-2016</b>	0	5	23	37	157	222
<b>04-2016</b>	0	17	21	27	204	269
<b>01-2017</b>	0	34	22	8	192	256
<b>02-2017</b>	0	38	29	9	191	267
<b>03-2017</b>	3	28	27	13	240	311
<b>04-2017</b>	1	23	37	10	234	305
<b>Total</b>	5	182	194	642	1763	2786

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

Na Tabela 36, encontra-se a classificação dos itens, onde existe um crescimento de classificação 2, que significa piora do quadro funcional. Ou seja, esse foi um ponto importante a ser avaliado pela CF sobre a qualidade dos serviços prestados.

Percebeu-se crescimento na quantidade de prontuários (Gráfico 34) analisados ao longo do tempo, inversamente proporcional aos resultados satisfatórios percebidos no indicador.

**GRÁFICO 34 - CRESCIMENTO DA ESPECIALIDADE TRAUMATO-ORTOPÉDICA NO PERÍODO ANALISADO**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Percebeu-se que, ao longo dos anos, houve queda na qualidade assistencial dos serviços prestados pela especialidade Traumato-ortopédica, conforme Quadro 37. Em 2015, a média dos três trimestres analisados ficou em 97,6% de resultados satisfatórios, enquanto que, em 2016, foi de 87,3% e, no ano de 2017, reduziu para 78,6%.

Em 2015 e 1º trimestres de 2016 foram realizados cursos para equipe de fisioterapeutas que atuavam na ortopedia nas áreas de ombro, quadril, joelho e tornozelos. Esses cursos foram inseridos após a análise dos resultados de 03-2015, onde 11 dos 13 pacientes que pioraram, estavam vinculados às doenças relacionadas nas áreas citadas. Observou-se melhora na qualidade do atendimento à especialidade em 04-2015.

Em 02-2017, o indicador REF na especialidade Traumato-ortopédica não alcançou a meta de 75% estabelecida pela CF.

**QUADRO 37- RESULTADOS DE ACORDO COM A META DO INDICADOR REF – ESPECIALIDADE TRAUMATO-ORTOPÉDICA**

Especialidade Traumato-Ortopédica	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório
	Escore 1 e 2	Escore 3	Escore 4 e 5
02-2015	1,2%	0,0%	98,8%
03-2015	5,6%	0,4%	94,0%
04-2015	0,0%	0,0%	100,0%
01-2016	3,9%	7,8%	88,3%
02-2016	5,6%	6,9%	87,6%
03-2016	2,3%	10,4%	87,4%
04-2016	6,3%	7,8%	85,9%
01-2017	13,3%	8,6%	78,1%
02-2017	14,2%	10,9%	74,9%
03-2017	10,0%	8,7%	81,4%
04-2017	7,9%	12,1%	80,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Os resultados obtidos, no primeiro trimestre de 2017, chamam a atenção para uma piora na qualidade dos serviços prestados na especialidade Traumato-ortopédica. Houve um aumento significativo de casos avaliados com o 2 – piora do quadro funcional, sendo mais observada queda de qualidade nos fisioterapeutas mais antigos. Também aumentou a quantidade de escores 3.

A análise dos indicadores permitiu que a gestão reavaliasse a equipe de Traumato-ortopédica, identificando as causas da piora na qualidade assistencial, reorganizando as equipes no segundo semestre 2017 e 2018. Foi realizado o desligamento de fisioterapeuta, assim como troca de áreas encaminhando profissionais para outros serviços próprios, onde o perfil do profissional melhor se adequava a atuação.

### 5.3.6 – INDICADOR REF GERAL

O indicador REF permitiu evidenciar os pontos fracos e fortes no decorrer do estudo realizado, além de oferecer uma visão em curto e longo prazo, quando analisada a tendência da prestação de serviços. Os serviços na especialidade Traumato-ortopédica obtiveram piora na qualidade no decorrer dos anos, e os indicadores apoiaram a gestão nas definições e

mudanças necessárias. Também foi possível evidenciar a melhoria na qualidade assistencial da especialidade Neurofuncional e da Saúde da Mulher, quando os profissionais são adequadamente treinados e capacitados para a realização de suas atividades.

Outro ponto que merece relevância com relação ao REF, e que corrobora com os resultados dos indicadores de ATF é que a única especialidade (Traumato-Ortopédica), em que são atendidos vários pacientes simultaneamente, foi a que apresentou os resultados que podem ser melhorados.

#### 5.4 ESCALA DE GRAVIDADE RELACIONADA A ATF, ROT E REF

Para analisar os resultados finais dos estudos realizados, estabeleceu-se a escala de gravidade.

Conforme o Gráfico 35, os escores 1(A) apresentaram maior alta nos períodos 01-2015, 01 e 02-2017; os escores 2 (B) foram maiores em 01-2015, 02 e 03-2017; enquanto os escores 3 (C) foram maiores nos meses 01-2015, 02 e 04-2017. Esses escores devem tender sempre a redução, visto a necessidade de correção de processos, principalmente 1 e 2.

Os escores 1 demonstram a obrigatoriedade de correção dos processos, pois podem gerar danos aos clientes, prejudicando a qualidade do atendimento e serviço prestado, assim como aumentam os riscos para a instituição.

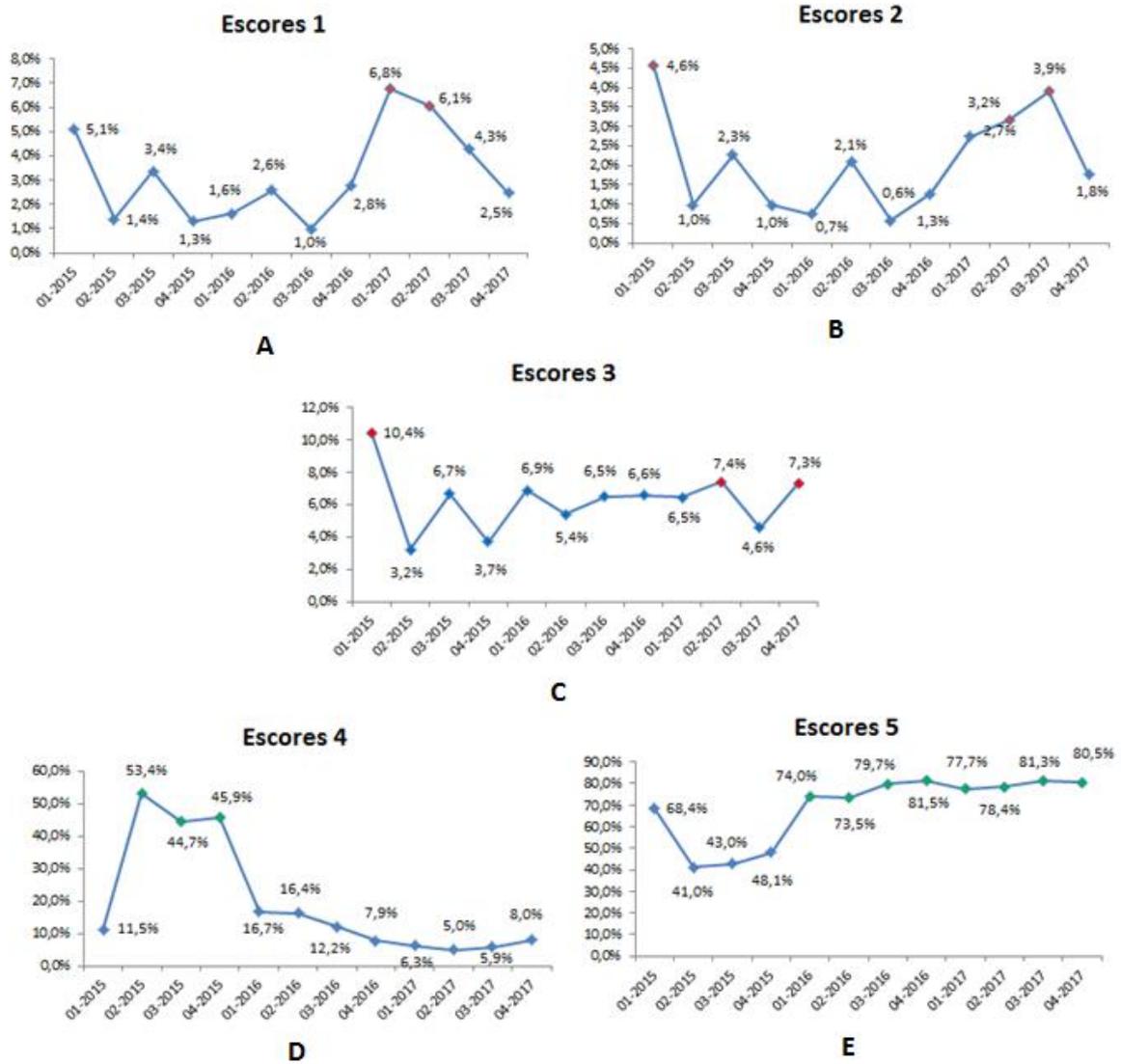
Os escores 2 também devem gerar correção com alta prioridade, pois também podem trazer danos irreparáveis aos clientes e a empresa.

Os escores 3 apresentam uma gravidade superficial, mas precisam ser acompanhados e realizar correções para evitar influenciar nos resultados dos atendimentos fisioterapêuticos prestados pela instituição aos clientes.

Os escores 4 (D) apresentam gravidade superficial e não necessitam correção imediata, exceto se houver tempo para estas. Observou-se que este escore apresentou crescimento de 02 a 04-2015, reduzindo posteriormente.

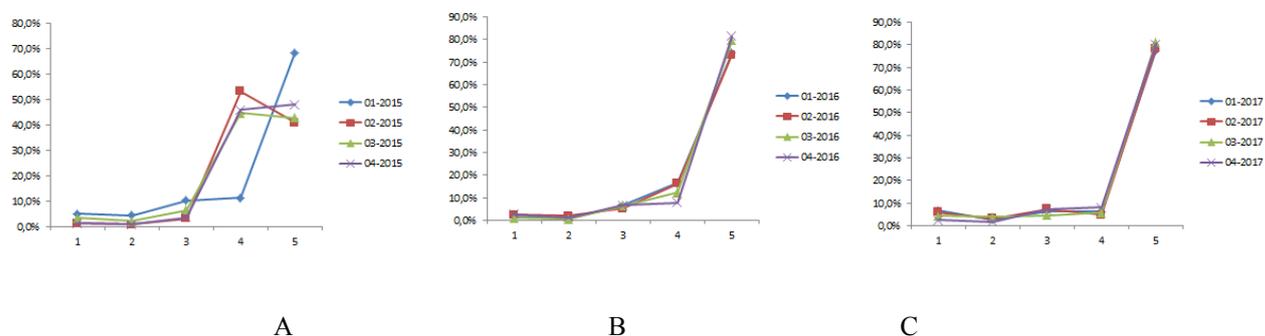
Os escores 5 (E) cresceram a partir de 01-2016, e alcançaram resultados superiores a 75% ao longo dos períodos entre 03-2016 a 04-2017.

**GRÁFICO 35 - PORCENTAGEM TOTAL DE ESCORES DE 01-2015 A 04-2017 – (A) ESCORE 1 – (B) ESCORE 2 – (C) ESCORE 3 – (D) ESCORE 4- (E) ESCORE 5**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF

Comparando-se os Gráficos anuais, observou-se que, ao longo dos três anos de utilização dos indicadores, houve melhor uniformidade dos resultados, elevando-se os escores 5 (Gráfico 36). Porém, mesmo com os indicadores 1 e 2 menor se faz necessária à análise e correção dos processos.

**GRÁFICO 36 - EVOLUÇÃO DOS ESCORES 1 A 5 NOS ANOS 2015 (A)–2016 (B)–2017 (C)**

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da CF.

Para analisar os resultados do gerenciamento e a aplicação dos indicadores na CF, realizou-se o cálculo da escala de gravidade para cada ano analisado, conforme as Tabelas 37, 38 e 39.

**TABELA 37 - RESULTADOS DOS INDICADORES REF – ROT – ATF (2015)**

Indicadores	Períodos	Escore					Prontuários
		1	2	3	4	5	
REF	01-2015	0	5	26	16	84	131
	02-2015	0	4	25	194	148	371
	03-2015	0	15	46	168	158	387
	04-2015	0	3	30	175	177	385
ROT	01-2015	5	13	6	14	93	131
	02-2015	3	8	6	196	158	371
	03-2015	15	12	18	167	175	387
	04-2015	3	6	11	176	189	385
ATF	01-2015	15	0	9	15	92	131
	02-2015	14	0	8	258	192	472
	03-2015	25	0	15	195	176	411
	04-2015	13	3	4	209	220	449
<b>Total</b>		93	69	204	1783	1862	4011
<b>Escala de Gravidade</b>		93	138	612	7132	9310	17285

Fonte: Elaboração própria

A média dos indicadores de 2015 foi de 4,31 e o resultado aproximou-se da Gravidade superficial.

**TABELA 38 - RESULTADOS DOS INDICADORES REF – ROT – ATF (2016)**

Indicadores	Períodos	Escore					Prontuários
		1	2	3	4	5	
	<b>01/2016</b>	0	9	36	65	284	394
	<b>02/2016</b>	1	12	27	77	288	405
	<b>03/2016</b>	0	5	26	45	305	381
	<b>04/2016</b>	0	17	28	33	350	428
	<b>01/2016</b>	9	0	23	66	296	394
	<b>02/2016</b>	12	10	18	67	298	405
	<b>03/2016</b>	5	2	24	45	305	381
	<b>04/2016</b>	17	0	28	33	350	428
	<b>01-2016</b>	11	0	25	73	323	432
	<b>02-2016</b>	19	4	22	59	324	428
	<b>03-2016</b>	7	0	28	57	347	439
	<b>04-2016</b>	20	0	32	39	388	479
	<b>Total</b>	101	59	317	659	3858	4994
	<b>Escala de Gravidade</b>	101	118	951	2636	19290	23096

Fonte: Elaboração própria

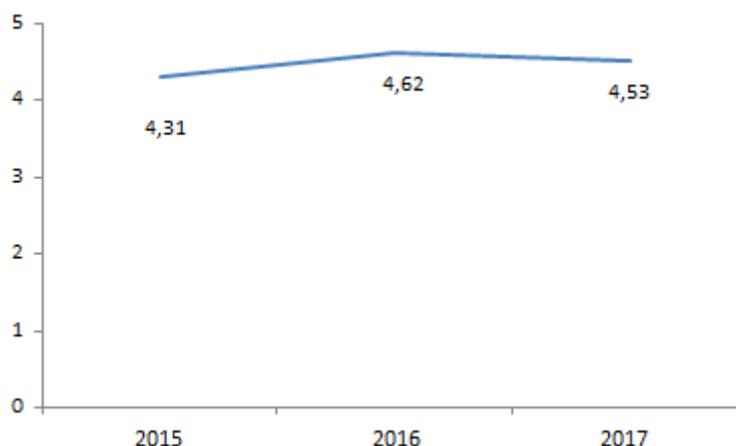
**TABELA 39 - RESULTADOS DOS INDICADORES REF – ROT – ATF (2015)**

Indicadores	Períodos	Escore					Prontuários
		1	2	3	4	5	
	<b>01/2017</b>	0	34	29	48	304	415
	<b>02/2017</b>	0	38	36	41	338	453
	<b>03/2017</b>	4	28	33	55	408	528
	<b>04/2017</b>	1	23	40	23	408	495
	<b>01/2017</b>	34	2	27	19	333	415
	<b>02/2017</b>	37	7	30	19	360	453
	<b>03/2017</b>	29	10	25	27	437	528
	<b>04/2017</b>	23	2	39	18	413	495
	<b>01-2017</b>	55	0	29	16	384	484
	<b>02-2017</b>	49	0	39	11	415	514
	<b>03-2017</b>	1	0	1	0	22	24
	<b>04-2017</b>	11	0	25	73	323	432
	<b>Total</b>	244	144	353	350	4145	5236
	<b>Escala de Gravidade</b>	244	288	1059	1400	20725	23716

Fonte: Elaboração própria

A média dos indicadores de 2016 foi de 4,62, enquanto a média de 2017 foi de 4,53. A média anual comparativa pode ser visualizada no Gráfico 37.

**GRÁFICO 37 - MÉDIA DOS INDICADORES - COMPARATIVO ANUAL**



Dessa forma, entende-se que a gravidade encontrada é considerada superficial, e a melhor média foi em 2016. Portanto, pode-se concluir que o gerenciamento do serviço, utilizando PE, BSC, GPD, permitiu um processo adequado para a CF. A aplicação de indicadores com acompanhamento trimestral da instituição pode evitar que resultados insatisfatórios aumentem e causem aumento na gravidade.

De fato, a aplicação das ferramentas de gestão promoveu um movimento constante na CF durante a aplicação, pois proporcionou a participação de toda a equipe nos resultados, com atenção voltada aos pontos frágeis e estímulo aos pontos fortes a cada etapa, assim como um foco voltado para a qualidade dos serviços prestados aos clientes.

O acompanhamento, ao longo do tempo, também permitiu uma visão mais ampla da CF e norteou as ações gerenciais, investimentos no parque tecnológico, especialidades e a melhoria constante da qualidade assistencial.

O estabelecimento de indicadores com esse nível de qualificação foi definido para nivelar os profissionais que atendiam na empresa, perceber diferenças nos conhecimentos técnicos, analisar os protocolos utilizados e as alterações necessárias, definir as capacitações primordiais para a equipe e as tendências de crescimento e evolução das especialidades.

Dentre as ações realizadas na CF e que foram apoiadas pelos indicadores de qualidade, pode-se citar:

- a) No segundo semestre de 2015, houve aumento do critério na análise dos indicadores ROT, visto que no 1º semestre, realizaram-se vários treinamentos com a equipe para o preenchimento correto da evolução, assim como feito treinamento para melhorar a descrição dos objetivos terapêuticos da equipe.
- b) Para introduzir um novo formato de trabalho, foi necessário planejar as mudanças que seriam necessárias à equipe. Foram organizados *Workshops* com os fisioterapeutas, com frequência quinzenal. Nestes *workshops*, discutiram-se as legislações vigentes do COFFITO, descrição de plano e objetivos terapêuticos, adequação da quantidade de atendimentos previstos para se obter o resultado esperado com o plano terapêutico, metas desejadas e alcançáveis, debate entre os profissionais para alinhamento dos conhecimentos sobre o adequado preenchimento dos prontuários;
- c) Paralelamente aos *workshops*, foram feitas orientações à equipe pela gestão da OPPS e CF, conforme os prontuários eram analisados, visando melhoria contínua. Nos dois primeiros trimestres avaliados – 1º e 2º trimestres de 2015, foram realizadas orientações e correções juntas aos fisioterapeutas para adequação do preenchimento dos prontuários. No 2º semestre de 2015, foi feita a checagem com maior critério, exigindo-se a aplicação dos conhecimentos recebidos no primeiro semestre de 2015. Observou-se que alguns profissionais demonstravam resistência ao preenchimento correto das evoluções, não seguindo os critérios estabelecidos para reavaliação e análise dos objetivos terapêuticos traçados e alcançados no período.
- d) Investimentos no parque tecnológico, como *Cough Assist* e previsão de montar o *Pedia Suit* (2018).
- e) Investimentos em novas especialidades com a contratação de profissionais com perfil adequado.
- f) Análise de investimentos em atendimento individual e revisão dos atendimentos em grupo.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou promover a melhoria do controle gerencial dos serviços de Fisioterapia ambulatoriais por meio do desenvolvimento e análise de indicadores de qualidade. Ao propor essa temática, esperava-se fornecer instrumentos para que os gestores de estabelecimentos de saúde em Fisioterapia ambulatorial analisassem os resultados por meio de indicadores concretos. Ainda, a expectativa era fornecer ferramentas para aperfeiçoamento dos resultados da prestação de atendimento fisioterapêutico à comunidade.

Este estudo apoiou-se nos dados de um estabelecimento de saúde, por meio das informações coletadas, em especial, sobre os serviços de Fisioterapia. O modelo de gestão utilizado pelo serviço de saúde ofereceu um diferencial para que outros estabelecimentos de saúde em Fisioterapia pudessem utilizá-lo para melhor controle da qualidade prestada aos seus clientes internos e externos, assim como buscar a sustentabilidade no mercado.

Ao desenvolver, aplicar e analisar os indicadores de Avaliação Técnica dos Fisioterapeutas, Resolutividade por Objetivos Terapêuticos e Resolutividade por Especialidade Fisioterapêutica, foi possível identificar alguns pontos fracos e fortes da CF. Como ponto fraco, pode-se considerar que o atendimento em grupo precisa de uma revisão no formato da prestação de serviços, assim como os profissionais, com mais tempo na empresa, necessitam de estímulos para manter a qualidade desejada do serviço. Alguns pontos fortes podem ser destacados, como o crescimento da qualidade assistencial nos atendimentos individuais ao longo do tempo, principalmente nas especialidades cardiovascular, neurofuncional e saúde da mulher. Ainda, pode-se evidenciar que o investimento em profissionais especializados na área de atuação resulta em resultados mais assertivos e direcionados.

Um importante aspecto que deve ser considerado pelos gestores em Fisioterapia, baseado nos resultados apresentados nesta pesquisa, diz respeito aos atendimentos em grupo. Estes devem ser analisados quanto à aplicabilidade e aos resultados, necessitando um monitoramento próximo para resguardar a qualidade de vida dos clientes, assim com a integridade profissional e do estabelecimento assistencial em saúde.

O planejamento fisioterapêutico foi mais assertivo com o desenvolvimento de habilidades dos fisioterapeutas para traçar com coerência os objetivos terapêuticos e a programação para um tratamento, o que reflete em melhoria dos serviços prestados e consequentemente em um diferencial competitivo.

Ressalta-se que um bom entendimento pelos fisioterapeutas quanto aos objetivos terapêuticos adequados, período de aplicação das técnicas corretas conforme o preconizado durante o planejamento fisioterapêutico e flexibilidade para adequar o atendimento conforme evolução do tratamento, podem auxiliar na qualidade final do serviço prestado.

Além disso, o preenchimento correto dos prontuários permite uma análise gerencial dos dirigentes, e poderá influenciar na tomada de decisões futuras, como investimento no parque tecnológico, em cursos, capacitações e até mesmo alterações no formato do serviço prestado.

Os indicadores permitiram acompanhar a evolução dos serviços prestados pelo Estabelecimento de Saúde, identificando profissionais que reduziram seu desempenho em algum momento devido a situações pessoais adversas, que interferiram nos seus resultados e retomando a qualidade após solução destes pontos pessoais. Outro ponto percebido foi que, quando o profissional foi adequadamente capacitado para a especialidade fisioterapêutica, os riscos de queda nos cuidados em saúde reduziram e houve provável maior satisfação dos profissionais, resultando em melhores resultados na assistência ao paciente.

Os fisioterapeutas com desempenho abaixo do desejado precisam ser analisados pela gestão do serviço de saúde, para uma qualificação adequada, reenquadramento na especialidade e, se necessário, após as tentativas de adequação realizar o desligamento em caso de resultados em médio prazo insatisfatórios. Durante os estudos, foi percebido que alguns fisioterapeutas estavam atendendo em especialidades diferentes dos que estavam adequadamente capacitados, resultando em piores resultados de desempenho, e quando devidamente recolocados, responderam satisfatoriamente.

Admite-se que a execução desta pesquisa encontrou suas respostas e possibilitará que os gestores, colaboradores dos serviços de Fisioterapia, pesquisadores, estudantes e sociedade em geral possam conhecer, discutir e aplicar os indicadores propostos, corroborando para a melhoria da qualidade de atendimento ao cliente. De igual forma, a ferramenta apresentou-se como um relevante instrumento de aferição de eficiência das atividades de gerenciamento em serviços de Fisioterapia, impactando na promoção de um movimento constante para melhoria de processos.

Em que pese ainda o fato deste estudo não abarcar vários estabelecimentos de Fisioterapia, a quantidade de dados analisados e o período de três anos de acompanhamento dos indicadores de qualidade, permitiram um processo cíclico e com evidências de que o seguimento efetivo dos indicadores tem impacto relevante às decisões em curto prazo e futuras.

Para trabalhos futuros, é importante ressaltar que, durante o desenvolvimento do estudo foi verificada a necessidade de associar os indicadores a uma pesquisa de satisfação com os clientes, para que a percepção da prestação de qualidade assistencial seja coincidente com as expectativas das pessoas que buscam o serviço de Fisioterapia. Estudos comparativos de vários estabelecimentos que prestam atendimento fisioterapêutico também podem ampliar os resultados de qualidade assistencial e a sensibilidade dos processos gerenciais mais efetivos.

Noutra ponta, percebeu-se que os dados podem ser dilatados através da combinação de itens constantes na análise de prontuários e documentos institucionais, podendo ser ampliados para os resultados da iniciativa privada e pública em relação à gestão em saúde.

## 7 REFERENCIAS

ABNT, Sistema da Gestão da Qualidade e Ambiental em Alta. **Boletim ABNT**, p.20-27, Jan. Fev. 2016. Disponível em: <http://abnt.org.br/paginampe/biblioteca/files/upload/anexos/pdf/40efed17bf7e2f1a40cc684183be2b4d.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

ABRAMGE, SINAMGE, SINOG. **Cenário Saúde**. v.4, n.1, 2019. Disponível em: <http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/biblioteca-abramge/biblioteca-cenario-saude/1017-cenario-saude-volume-4-n-1-de-2019>. Acesso em out. 2019.

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.8, n.4, p.361-365. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1992000400002&script=sciabstract&tlng=pt>. Acesso em out.2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400002>.

ALBRECHT, Karl. **Programando o futuro**. São Paulo: Makron Books, 1994.

ALBUQUERQUE, G.M. **Integração Vertical na Medicina Suplementar: contexto e competências organizacionais**. 2006. Administração. FEA, Universidade de São Paulo. Dissertação 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-30112006-131931/pt-br.php> Acesso em: 19 jul. 2015.

ALBUQUERQUE, G.M., FLEURY, M.T.L, FLEURY A.L. **Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo**, Prod. [online], v.21, n.1, Epub Mar 04.p 39-52, Jan./Mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/prod/2011nahead/aop\\_200708095.pdf](http://www.scielo.br/pdf/prod/2011nahead/aop_200708095.pdf). Acesso em 19 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132011005000015>

ALDAY, H.E.C. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. **FAE**, v.3, n. 2, p.9-16. Maio/ago. 2000. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/505/400>. Acesso em dez. 2014.

ALMEIDA, R. S.; NOGUEIRA, L. A. C.; BOURLIATAUX- LAJOINE, S. Analysis of the user satisfaction level in a public physical therapy service. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 17, n. 4, p. 328-335, 2013.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552013005000097>

ANAPH – Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório 2018**. Edição 10, 2018. Disponível em: <https://lms.anahp.com.br/classroom>. Acesso em: jun. 2019.

AN DER WIELE, T.; BROWN. A. ISO 9000 series experiences in small and medium sized enterprises. **Total Quality Management**, v. 8, n. 2-3, p. 300-304, 1997.

DOI: <http://doi.org/10.1080/09544129710297>. Acesso em jan.2019.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos** Rio de Janeiro, ano 10, n. 3 p.1-60, setembro 2016. Disponível em: [https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/beneficiario\\_operadoras\\_e\\_planos\\_de\\_saude.pdf](https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/beneficiario_operadoras_e_planos_de_saude.pdf) Acesso em: jan. 2017.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro, 1-65, jun. 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/caderno\\_informacao\\_junho\\_2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf). Acesso em jan.2019

ANS. **Dados Consolidados da Saúde Suplementar**. Disponível em :[http://pt.slideshare.net/ans\\_reguladora/dados-consolidades-saude-suplementar-mar-de-2015](http://pt.slideshare.net/ans_reguladora/dados-consolidades-saude-suplementar-mar-de-2015). Acesso em 10 jun. 2016.

ANSOFF, H. I.. **Do planejamento estratégico à administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1990.

ANSOFF, H. I; MCDONNELL, E.J. **Implantando a administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.

ARGYRES, N. Evidence on the role of firm capabilities in vertical integration decisions. **Strategic Management Journal**, v. 17, n. 2, p. 129, 1996.  
DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199602\)17:2%3C129::AID-SMJ798%3E3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199602)17:2%3C129::AID-SMJ798%3E3.0.CO;2-H)

BALZAN, M.V. O impacto do rol da ANS nos custos das Operadoras. **Revista do GV Saúde**, n.11, p.5-6, 2011. Disponível em: [bibliotecadigital.fgv.br>indexphp>debatessgv/saude.issue.download](http://bibliotecadigital.fgv.br/index.php/debatessgv/saude.issue.download). Acesso em jul. 2014.

BARBOSA, E. R. BRONDANI, G. Planejamento Estratégico Organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade**. v.1, n.2, p. 107-123, dez.2004 -fev. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/contabilidade/article/view/107/3735>. Acesso em jul. 2014.

BARBOSA, W.R. *et.al*. Psychometric Properties of the Autoquestionnaire Qualité De Vie Enfant Imagé (AUQEI) Applied to Children with Cerebral Palsy. **PLoS ONE**, v.10, n.2, 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115643>

BATAGLIN, M.P. **Avaliação em serviços de saúde**. Mimeo, Curitiba, 1998.

BEUREN, I.M. Gerenciamento da informação: um recurso estratégico no processo de gestão empresarial. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2001. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>. Acesso em jun. 2015.

BITTENCOURT, A.; CAMACHO, L.A.B; LEAL, M.C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, nº 1, p.19-30, jan. 2006.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100003>

BOLZAL, M.G., Escala Mixta Likert-Thurstone. Anduli. **Revista Andaluza de Ciencias Sociales**, nº 5, p.81 -95, 2006. Disponível em: [http://institucional.us.es/revistas/anduli/5/art\\_6.pdf](http://institucional.us.es/revistas/anduli/5/art_6.pdf). Acesso em nov. 2014.

BONACIM, C.A.G., ARAUJO, A.M.P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **RAP**, 44, 4, 903-931, 2010.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>

BOTELHO, E.M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC**: uma aplicação em uma organização hospitalar universitária. (Doutorado em Administração) - USP, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-10042008-102523/pt-br.php>. Acesso em nov. 2013.

DOI: 10.11606/T.12.2006.tde-10042008-102523

BRANDÃO, E. *et.al.* National Centre of Lymphatic Filariasis: accreditation and quality assurance. **Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology**, v. 44, n.3, p. 350-354, 2015.

DOI: <https://doi.org/10.5216/rpt.v44i3.38015>

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm) Acesso em 22 dez. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.856, de 01 de março de 1994**. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2 mar 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8856.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8856.htm). Acesso em 23 dez. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm) Acesso em 22 dez. 2014.

BRASIL. **MP nº 2.177-44, 24 de agosto de 2001**. Altera a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2001/medidaprovisoria-2177-44-24-agosto-2001-390803-norma-pe.html>. Acesso em 20 jul.2019.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000**. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação dos Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 22 de dez.2014.

BRASIL. **Resolução Normativa – RN nº 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==> Acesso em: 22 dez. 2014.

BRITO, T.A.; JESUS, C.S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de Fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 514-526, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3247.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BUSS, P. M.; et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202555&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202555&lng=pt&tlng=pt). Acesso em jan.2017.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xat011214>

BYRNE, M.; WALNUS, C. Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**, v. 1, p. 34, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345556>. Acesso em 30 mar 2016.  
DOI:<https://doi.org/10.1097/00115514-199901000-00007>

CAMPOS, J. **Artigo do presidente da FENASEG**. 2006. Disponível em: [www.fenaseg.org.br](http://www.fenaseg.org.br). Acesso em: 14 dez. 2014.

CAMPOS, J.A. **Cenário Balanceado**: painel de indicadores para gestão estratégica dos negócios. São Paulo: Aquariana, 1998.

CAMPOS, V.F. **Controle da Qualidade Total**. 4. ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.

CARPINETTI, L.C.R, GEROLAMO, M.C, MIGUEL, P.A.C. **Gestão da qualidade ISO 9001:2008**: princípios e requisitos. 4ª ed. Atlas, 2009.

CARVALHO, C.O.M; *et.al.* Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. J. **Bras. Nefrol.**, V.XXVI - nº 4, p. 216-222, dez.2004.

CASTRO, M.T.M. Premissas para implantação do Gerenciamento pelas Diretrizes – GPD - em uma instituição de ensino superior: uma análise bibliográfica. **Gestão em Foco**, n. 06, p.10-15 maio 2013. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/2implantacao\\_gerenciamento.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/2implantacao_gerenciamento.pdf). Acesso em jul.2016.

CAVALHEIRO, L.V.; *et.al.* Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. *Gestão e Economia em Saúde*. **Einstein**. v.13, nº 2, p.260-268, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt\\_1679-4508-eins-13-2-0260.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0260.pdf). Acesso em dez.2016.

CESCHIN, M. O impacto do novo rol de procedimentos. **Revista do GV Saúde**, n.11, 7-10, 2011. Disponível em: [bibliotecadigital.fgv.br>indexphp>debatessgvsaude.issue.download](http://bibliotecadigital.fgv.br/index.php/debatessgvsaude.issue.download). Acesso em jul. 2014.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. *In*: Freitas EV, et al., organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º. 189, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1998.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências. D.O.U n.º. 237 – de 10.12.98, Seção I, p.59. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2947>. Acesso em: dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º. 219, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2000.** Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. (D.O.U. N.º 248 DE 27/12/00 SEÇÃO I PÁGINA 70). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2977> Acesso em: dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º 260, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica Funcional e dá outras providências. D.O.U n.º. 32 – de 16/02/2004, Seção I, Pág. 66/67. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3018>. Acesso em: dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º. 318, DE 30 DE AGOSTO DE 2006.** Designa Especialidade pela nomenclatura Fisioterapia Respiratória em substituição ao termo Fisioterapia Pneumo Funcional anteriormente estabelecido na Resolução n.º. 188, de 9 de dezembro de 1998 e determina outras providências. DOU n.º. 33, Seção 1 de 15/02/2007. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3076>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º. 337, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2007.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Esportiva e dá outras providências. DOU n.º. 21, Seção 1, em 30/01/2008, página 184. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3096>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO COFFITO n.º. 362, de 20 de maio de 2009.** Reconhece a Fisioterapia Dermato-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. DOU n.º. 112, Seção 1, em 16/6/2009, páginas 41-42. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3125>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º. 364, de 20 de maio de 2009.** Reconhece a Fisioterapia Onco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. (Alterada pela Resolução n.º 390/2011). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3127>. Acesso em dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N.º 372, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2009.** Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. DOU n.º. 228, Seção 1, em 30/11/2009, página 101. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3135>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N. 387, de 8 de junho de 2011.** Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. Rio de Janeiro, 8 jun 2011. Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-387--de-08-de-junho-de-2011-109.html>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N° 390, de 30 de julho de 2011.** Dá nova redação ao artigo 1° da Resolução COFFITO 364/2009 e revoga o seu artigo 2°. DOU n°. 149, Seção 1, em 04/08/2011, p.105. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3153>. Acesso em dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N° 398 DE 03 DE AGOSTO DE 2011.** Disciplina a Especialidade Profissional Osteopatia e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3161>. Acesso em: dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N° 399, 03 DE AGOSTO DE 2011.** Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia em Quiropraxia e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3162>. Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N° 402 DE 03 DE AGOSTO DE 2011.** Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>. Acesso em: dez.2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N° 414/2012** - Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo fis., da guarda e do seu descarte e dá outras providências. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfetica/Res%20Coffito%20n%C2%BA%20414-2012%20-%20Prontu%C3%A1rios.pdf>. Acesso em dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO n° 443, DE 3 DE SETEMBRO DE 2014.** Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Aquática e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3205> Acesso em: dez. 2014.

COFFITO. **RESOLUÇÃO n° 454, DE 25 DE ABRIL DE 2015.** Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Cardiovascular. D.O.U n° 90, Seção 1, em 14/05/2015, páginas 96 e 97. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3215> Acesso em: dez. 2015.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N°. 476, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016.** Reconhece e Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia em Gerontologia e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6303>. Acesso em: jun.2017.

COFFITO. **RESOLUÇÃO N°. 465, DE 20 DE MAIO DE 2016.** Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5020> Acesso em: jun. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março.2002; Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em dez.2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., *et.al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:* Hartz ZM, organizador. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à pratica na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, FioCruz, p. 29-48, 1997.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 4467-4478, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>

CURRY, A.; SINCLAIR, E. Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 15, n. 5, p. 197-205, 2002. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526860210437412/full/html>  
DOI: <https://doi.org/10.1108/09526860210437412>

DEVREUX, I. C. N. et al. Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah. **Life science journal**, v. 9, n. 3, p.73-78, 2012.  
Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Enas\\_Elsayed/publication/272110757\\_Benchmarking\\_of\\_patient\\_satisfaction\\_with\\_physical\\_rehabilitation\\_services\\_in\\_various\\_hospitals\\_of\\_Jeddah/links/54db3c1f0cf233119bc58bab/Benchmarking-of-patient-satisfaction-with-physical-rehabilitation-services-in-various-hospitals-of-Jeddah.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enas_Elsayed/publication/272110757_Benchmarking_of_patient_satisfaction_with_physical_rehabilitation_services_in_various_hospitals_of_Jeddah/links/54db3c1f0cf233119bc58bab/Benchmarking-of-patient-satisfaction-with-physical-rehabilitation-services-in-various-hospitals-of-Jeddah.pdf)

DIMITRIADIS, V. et al. Quality assessment systems in rehabilitation services for people with a disability in Greece: A critical review. **Disability and Health Journal**, v. 6, n. 3, p. 157-164, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.01.005>

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.1, pp. 84-88. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>. Acesso em: ago. 2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>

DONABEDIAN, A. WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L., Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**, 20, p.975-992. 1982.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-198210000-00001>

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul.** V.18, n. 11, p.356-60, 1992.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)

DUNCAN, P. W.; VELOZO, CRAIG, A. State-of-the-science on postacute rehabilitation: measurement and methodologies for assessing quality and establishing policy for postacute care. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 88, n. 11, p. 1482-1487, 2007.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.08.118>

EISA, E.A. Indicators of adherence to physiotherapy attendance among Saudi female patients with mechanical low back pain: a clinical audit. **BMC Musculoskeletal Disorders**, nº 11, nº 124, jun. 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-124>

ENDERBY, P. et al. Benchmarking in rehabilitation: comparing physiotherapy services. **British Journal of Clinical Governance**, v. 5, n. 2, p. 86-92, 2000.  
DOI: <https://doi.org/10.1108/14664100010343890>

FENAFISIO. **Manual de certificação PM-QUALISS para empresas prestadoras de serviço de Fisioterapia**. volume 1, 13 p. 2017. Disponível em:

[http://www.fenafisio.com.br/arquivos/](http://www.fenafisio.com.br/arquivos/normas/Proposta%20QUALISS%20FENAFISIO_v.1.pdf)

[normas/Proposta%20QUALISS%20FENAFISIO\\_v.1.pdf](http://www.fenafisio.com.br/arquivos/normas/Proposta%20QUALISS%20FENAFISIO_v.1.pdf) Acesso em jun. 2018

FIGUEIREDO, J.O.; et.al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.especial 2, p. 37-47, out.2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>

FORTES, M.T.R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 146 p. 2007.

FREZATTI, F. et al. **Controle Gerencial: uma abordagem da Contabilidade gerencial no contexto econômico, comportamental e sociológico**. São Paulo: Atlas . 2009.

GANS, J.S. **Concentration-Based Merger Tests and Vertical Market Structure**. SSRN, ago.2005 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.779704>. Acesso em jul.2019.

DOI: <https://doi.org/10.2139/ssrn.779704>

GARRETA, F.R.; ABRIL, C.A.; CALAHORRANO, C.S. Modelo hospitalario transversal: Mutua de Terrassa. **Rehabilitación**, v. 45, p.14-20, nov. 2011.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(11\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(11)70004-4)

GASPARETTO, V., **Uma discussão sobre a seleção de direcionadores de custos na implantação do custeio baseado em atividades**. UFSC, 1999. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/81237>. Acesso em jun. 2019

GASPARETTO, V., BORNIA, A.C. O Balanced Scorecard como uma ferramenta de feedback e aprendizado estratégico. *In: VII ENCONTRO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 2000, Recife. **Anais**. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2000. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/2666/2666>. Acesso em nov 2014.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIMENES, R.M.T; ROCHA, V.L. O Gerenciamento pelas Diretrizes e o Balanced Scorecard como uma ferramenta de Gestão Estratégica. **Cien. Empresariais da UNIPAR**, Toledo, v.3, n 1, p.19-44, jan/jun, 2002. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/1466/1287>. Acesso em nov.2014.

GONÇALVES, E.; *et.al.* Gestão da qualidade no atendimento ao cliente: aplicação do modelo Servqual para mensuração da qualidade dos serviços prestados pela Fisiomed. **Revista Eletrônica Gestão e Negócios**, São Roque, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em:

[http://docs.uninove.br/artefac/publicacoes/pdfs/edgard\\_edineia.pdf](http://docs.uninove.br/artefac/publicacoes/pdfs/edgard_edineia.pdf). Acesso em jan.2016

GRACIOSO, F. **Planejamento estratégico orientado para o mercado**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRIMMER, K.; *et.al.* On the constructs of quality physiotherapy. **Australian Journal of Physiotherapy**, v. 46, nº 1, p.3-7, 2000. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-11-124>. Acesso em ago.2019.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60308-1](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60308-1)

GUERRINI, F.M; *et.al.* **Modelagem da Organização: uma visão Integrada**. Porto Alegre: Bookman, 2014.

HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

HEALTH, **United States. 2017**: With Special Feature on Mortality. Hyattsville, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus17.pdf>. Acesso em 18 jul. 2019.

HERNANDES, C.A, M.; CRUZ, C.S.,FALCÃO, S.D.. Combinando o Balanced Scorecard com a Gestão do Conhecimento. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, nº 12, 2º trimestre,2000. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/C12-art01.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

IBGE. **Estudos e Análises**: Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, nº.04, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101662.pdf>. Acesso em nov. 2017.

IBGE. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>. Acesso em: ago. 2019.

IESS–Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. VCMH/IESS - Dezembro de 2018 **Variação de Custos Médico-Hospitalares**. Data-base: Dezembro de 2018. Ed.Jun.2019 Disponível em:<https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>. Acesso em julho de 2019

KAPLAN, R.S. **Using The Balance Scorecard as a strategic management system**. Harvard Business Review, Boston, jan./fev. 1996. Disponível em: [http://jackson.com.np/home/documents/MBA4/Management\\_accounting/BSCHarvardBusinessReview.pdf](http://jackson.com.np/home/documents/MBA4/Management_accounting/BSCHarvardBusinessReview.pdf)

KAPLAN, R.S., COOPER, R. **Custo e desempenho**: administre seus custos para ser mais competitivo. São Paulo: Ed. Futura, 1998.

KAPLAN, R.S. The competitive advantage of management accounting. **J. M. Account Res.** v.18, n. 1, p.127-135, 2006.  
DOI: <https://doi.org/10.2308/jmar.2006.18.1.127>

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. Putting The Balanced Scorecard to Work. **Harvard Business Review**. Boston.v.71,n.5,p.134-147, Set. Out. 1993. Disponível em: <https://hbr.org/1993/09/putting-the-balanced-scorecard-to-work>

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **A Estratégia em Ação – Balanced Scorecard**. 12 ed., São Paulo: Editora Campus,1997.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. **Organização orientada para estratégia**: como as empresas que adotam o Balanced Scorecard prosperam no mercado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

KARSTEN, R. **O Alinhamento do Balanced Scorecard com o Orçamento**. 2014. Disponível em: <http://beringer.com.br/o-alinhamento-do-balanced-scorecard-com-o-orcamento/>. Acesso em out. 2019.

KOTLER, P. *et.al.* **Administração de marketing**. 15ª ed., São Paulo: Pearson, 2019.

LEE S.J., WALTER, L.C. Quality indicators for older adults: preventing unintended harms. **JAMA**, 306, p.1481–1482, 2011.  
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1418>

LIKERT, R.A. Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, n.140, p. 1-55, 1932.

LIMA, T M N. **Integração vertical na Saúde Suplementar**: mapeamento da integração entre hospitais gerais e planos gerais de saúde. VIII Prêmio SEAE 2013 . Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/integracao\\_vertical\\_na\\_saude\\_suplementar\\_mapeamento\\_da\\_integracao\\_entre\\_hospitais\\_gerais\\_e\\_planos\\_de\\_saude.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/integracao_vertical_na_saude_suplementar_mapeamento_da_integracao_entre_hospitais_gerais_e_planos_de_saude.pdf) Acesso em: dez. 2017.

LIMA, S.G.G.; BRITO, C.; ANDRADE, C.J.C. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciênc. saúde colet.** v.24, n. 5. Maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017>. Acesso em jul.2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017>

LIMA, K.W.S.; ANTUNES, J.L.F.; SILVA, P.S. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100005>

LISBOA, M.G.P; GODOY, L.P. Aplicação do método 5W2H no processo produtivo do produto: a joia. **Iberoamerican Journal of Industrial Engineering**, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 32-47, 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.13084/2175-8018.v04n07a03>

LENNON, S.; HASTINGS, M. Key Physiotherapy Indicators for Quality of Stroke Care. **Physiotherapy**, v.82, n.12, p. 655-664, Dez.1996, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031940605663705>. Acesso em: maio 2019.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)66370-5](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)66370-5)

LORENZETTI, J.; *et.al.* Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.2 Abr./Jun. 2014 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200417&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200417&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em out.2017.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>

MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioterapia**, v. 12, n. 5, p. 401-8, 2008.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500010>

MAEKAWA, R.M.; CARVALHO, M.M.; OLIVEIRA, O. J. Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 763-779, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000003>

MAINS, J.; Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**. 2003; Volume 15, Number 6: pp. 523–530.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>

MAINS, J.; *et al.* Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, nº 1, p.i45–i50, Abr.2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh031>. Acesso em: jul.2019.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh031>

MAHOLLAND, L. MUETZ, P.A. **Balanced Scorecard Approach to Performance Measurement**. Government Finance Review, Illinois, St.Charles, Abr. 2002. Disponível em: <https://www.questia.com/magazine/1G1-85048609/a-balanced-scorecard-approach-to-performance-measurement>. Acesso em jun. 2019.

MCINTOSH, G.; MAYO, M. C.; STYMIEST, P. J. Implementing CQI: measuring levels of service quality at physiotherapy clinics. **Phys. Canada**, v. 46, n. 3, p. 178, Fev.1994.

MCMURRAY, J.; et al. Measuring Patients' Experience of Rehabilitation Services Across the Care Continuum. Part II: Key Dimensions. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 97, n. 1, p. 21- 130, Ago. 2016.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.408>

MEIRELES, M. **Ferramentas administrativas para identificar, observar e analisar problemas**: organizações com foco no cliente. São Paulo: Arte & Ciência, 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. de Fisioterapia**. v.11, n. 5, p.369-76, 2007.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000500007>

MISOCZKY, M.C., VIEIRA, M.M. Desempenho e qualidade no campo das organizações Públicas: uma reflexão sobre significados. **RAP**, v.35, nº 5, p.163-77, Set/Out. 2001.  
Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6407>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação de Tecnologias em Saúde Ferramentas para a Gestão do SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_tecnologias\\_saude\\_ferramentas\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf). Acesso em: dez 2014.

MONROY, C. R., NASIRI, A., PELÁEZ, M.A. Activity Based Costing, Time-Driven Activity Based Costing and Lean Accounting: Differences among three accounting systems' approach to manufacturing. **Annals of Industrial Engineering**. p.11-17, jul.2012. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-1-4471-5349-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4471-5349-8_2)

MÜLLER, C. J. **Modelo de gestão integrando planejamento estratégico, sistemas de avaliação de desempenho e gerenciamento de processos (MEIO - Modelo de Estratégia, Indicadores e Operações)**. 2003. 253 f. Tese (Doutorado em Engenharia – Ênfase em Gerência da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: [http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/ claudio\\_ muller\\_ tese.pdf](http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/ claudio_ muller_ tese.pdf). Acesso em: 2 mar. 2016.

MÜLLER, C. J. **Planejamento estratégico, indicadores e processos: uma integração**. São Paulo: Atlas, 2014.

NAKAGAWA, M. **ABC: custeio baseado em atividades**. São Paulo: Atlas, 2014.

NEVES, M.; PALMEIRA FILHO, P.L. Balanced Scorecard como catalisador da gestão estratégica: remédio ou placebo? *In: Anais do 22. Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2002, Enegep, Curitiba; 2002*. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002\\_TR72\\_0087.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR72_0087.pdf)

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

NOVENTA, E.; et al. **Balanced Scorecard como metodologia de gestão do planejamento estratégico no banco Panamericano**, 2003. Disponível em: <http://www.imagetec.com.br/arquivos%5CMonografiaBSC3105.pdf>. Acesso em: 15 jan.2015.

OLIVEIRA, D.P.R. **Planejamento estratégico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

OOSTENDORP, R.A.B., *et.al.* Guideline-based development and practice test of quality indicators for physiotherapy care in patients with neck pain. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. v.19, n.6. Dez.2013. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jep.12025>. Acesso em: maio de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12025>

OST, J.H.; SILVEIRA, C.G. Avaliação do processo de transição da ISO 9001:2008 para a ISO 9001:2015: um estudo voltado para empresas químicas do Estado do Rio Grande do Sul. **Gest. Prod.**, v.25, n.4, São Carlos, Oct./Dec. 2018. Epud May 24, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530x4089-17>

PADOVEZE, C.L. **Introdução à Administração Financeira**. Thomson, 2005.

PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.44, n.4, p. 1024-1031, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>. Acesso em: jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>

PETER, W.F., *et al.* Healthcare Quality Indicators for Physiotherapy Management in Hip and Knee Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: A Delphi Study. **Musculoskeletal Care**, v.14, n. 4, p. 239-232, jan.2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/msc.1133>

PINTO, W.H.M.; *et al.* Impacto de um programa de educação continuada na qualidade assistencial oferecida pela fisioterapia em terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2014, vol.26, n.1, pp.7-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n1/0103-507X-rbti-26-01-0007.pdf> acesso em: 30 de jul 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140002>

POLIZER, R., DINNOCENZO, M.D. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev.Bras. Enferm. Brasília**, v.59, n.4, p.548-551. 2006;59(4):548-51. Jul/Ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400014>

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTER, M.E. **A nova era da estratégia**. São Paulo: HSM Management, 2000.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**. Editora Campus, Rio de Janeiro: Editora Campus, 1985.

PRASHAR, A. Adopting PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle for energy optimization in energyintensive SMEs. **Journal Of Cleaner Production**, v. 145, p.277-293, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.01.068>

QUESADO, P.R; RODRIGUES, LMPL; GUSMÁN, B.A. O Balanced Scorecard como ferramenta estratégica de gestão da qualidade. **Rev. FAE**, Curitiba, v.15, n.2, p. 126-145, jul-dez. 2012. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/205/127>. Acesso em: dez 2018.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação**: A busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre, 2000: Dacasa Ed.Palmarica, p. 136.

RAMOS, I. Estratégias par redução de Custos dos Planos de Saúde: Verticalização e auditoria. **Revista do GV Saúde**, v. 11, p. 22-26, 2011. Disponível em: <https://fgvsaude.fgv.br/> Acesso em set. 2019.

REIS, E.J.F; *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, jan/mar. 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>

RIEG, D. L.; et al. Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 417-431, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v21n2/v21n2a14.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X203>

ROSA, E.F. **Sistematização de um modelo de planejamento estratégico e avaliação de desempenho para pequenas empresas de serviços: o caso de uma clínica de Fisioterapia**. (Mestrado em Eng. de Produção).Univ. Fed. do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149192/001004715.pdf?sequence=1>. Acesso em: jan. 2017.

RUTTEN, G. M.; et al. Evaluation of the theory-based Quality Improvement in Physical Therapy (QUIP) programme: a one-group, pre-test post-test pilot study. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-194>

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2.ed., São Paulo: Cortez, 2017.

SOLLER, S.A., RÉGIS FILHO, G.I. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.45, n. 3, p.591-610, Maio/jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000300003>

SOUZA, A.; et.al. Indicadores de internações hospitalares e conforto humano para os municípios do pantanal sul-mato-grossense. **Rev Biociências**. v.19, n.1, p.24-34, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/1662>. Acesso em mar. 2016.

SOUZA, M.A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v.28, n.4, p.305–310, 2010. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v28n4/10.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v28n4/10.pdf). Acesso em: dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001000010>

TACHIZAWA, T.; RESENDE, W. **Estratégia empresarial: tendências e desafios**. São Paulo: Makron Books, 2000.

TARJA, S.F. **Gestão Estratégica na Saúde: reflexões práticas para uma administração voltada para a excelência**. 2.ed., São Paulo: Iátria, 2008.

TAYLOR, B. **Strategies for planning**. Long Range Planning, Elmsford, p.27-40, Ago. 1975. DOI: [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(75\)90164-8](https://doi.org/10.1016/0024-6301(75)90164-8)

TESOURO NACIONAL, MINISTÉRIO DA FAZENDA. **Relatório “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil”**, publicado pelo Banco Mundial no final de 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. Acesso em jul.2019.

TISOTT, P.B., et.al. Integração Vertical nos sistemas de saúde suplementar: o caso de uma operadora de saúde na modalidade de autogestão. **Revista de Gestão Industrial**, v. 12, n. 1, p. 78-94. 2016. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/3130/2570>. Acesso em jul.2019.

DOI: <https://doi.org/10.3895/gi.v12n1.3130>

THIOLLENTE, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortes & Autores Associados, 1998.

THOMPSON, A.; STRICKLAND, A.J. **Planejamento Estratégico**: elaboração, implementação e execução. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2003.

TRONCHIN, D.M.R.; et.al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.542-546, set.2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412/6974> Acesso em: dez. 2014.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. v.39, n.3, p.507-214, 2005.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

VALLS, V.M. O enfoque por processos da NBR ISO 9001 e sua aplicação nos serviços de informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 172-178, maio/ago 2004.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652004000200018>. Acesso em: out.2014.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-19652004000200018>

VALLS, V.M. **Gestão Estratégica na Saúde**: reflexões práticas para uma administração voltada para a excelência ISO 9001. 2005. 247 f. (Doutorado na Escola de Comunicação e Artes). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VANTI, C.; et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey in an Italian musculoskeletal population. **BMC Musculoskelet Disord**.

v.14, n.125, Abr.2013. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-14-125>. Acesso em jan.2018.

DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-125>

VLOEBERGHES, D.; BELLENS, J. Implementing the ISO 9000 standards in Belgium. **Quality Progress**, v. 29, n. 6, p. 43-48, 1996.

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

DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150106>

WISH, J.B. Role of external oversight in quality activities: accreditation, credentialing, licensure, and deemed status. **American Journal of Kidney Diseases**. v.32, n.6, supl 4, p. 177-181, dez.1998.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(98\)70184-2](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(98)70184-2)

XAVIER, G. G. Avaliação de programas de qualidade mediante implantação da ISO 9000. **Gestão & Produção**, v. 2, n. 2, p. 162-172, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v2n2/a04v2n2.pdf>. Acesso em: ago.2014.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X1995000200004>

ZHANG, *et.al.* Using usability heuristics to evaluate patient safety of medical devices. **Journal Biomedical**. Journal of Biomedical informatics, v. 36, n.1-2, p.23-30, 2003.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S1532-0464\(03\)00060-1](https://doi.org/10.1016/S1532-0464(03)00060-1)