



Definição dos principais indicadores de performance de um serviço Ambulatorial de Fisioterapia, e desenvolvimento de uma Escala de Avaliação e Monitoramento utilizando metodologia Delphi

Definition of the main performance indicators for an Outpatient Physical Therapy Service, and development of an Evaluation and Monitoring Scale using the Delphi methodology

Monia A. R. Nogueira¹, Matheus H. L. Ferreira¹, Guilherme A. S. Araújo^{1*}.

¹ Faculdade Sete Lagoas, Rua Itália Pontelo, 86, 35700-170, Sete Lagoas, MG, Brasil.

*Correspondência

Guilherme A. S. Araújo
Faculdade Sete Lagoas –
FACSETE
Rua Itália Pontelo, 62, 35700-170,
Sete Lagoas, MG, Brasil
+55 31 99224-0182
guifisio@ufmg.br

Financiamento

Não se aplica.

Resumo

A performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia deve ser monitorada, a fim de manter ou aprimorar sua qualidade, bem como a experiência dos usuários com o mesmo, podendo este monitoramento ser alicerçado na perspectiva do paciente, nos fatores ambientais e na abordagem terapêutica. O método Delphi visa obter consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, sendo acessível, com poucos gastos, permitindo acesso a um painel de especialistas, mesmo que estes estejam geograficamente distantes, sendo um processo estruturado onde eles respondem uma série de questionários ou “rodadas” para coletar informações acerca de um determinado tema. Indicadores de performance de um serviço de saúde, são ferramentas que permitem medir situações específicas, avaliar o impacto das ações ou serviços realizados por meio de seus resultados. Esses indicadores, desempenham um papel fundamental ao constituírem um pacote de informações que direcionam a abordagem terapêutica, a um resultado pautado pela qualidade da assistência de um serviço ambulatorial. A pesquisa foi realizada com 20 participantes, que foram expostos e quatro rodadas. Foram definidos vinte e três indicadores, resultando na elaboração da Escala de Monitoramento Ambulatorial – MONIsa. Essa escala define os principais indicadores de performance de um serviço ambulatorial de fisioterapia nestas três dimensões (PACIENTE/AMBIENTE/ABORDAGEM TERAPÊUTICA). A escala MONIsa, desenvolvida por meio de um estudo Delphi, define indicadores de performance para serviços ambulatoriais de fisioterapia nas dimensões paciente, ambiente e abordagem terapêutica. O instrumento mostra potencial aplicabilidade, mas requer estudos adicionais para validar suas propriedades psicométricas.

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

Abstract

The performance of an outpatient physical therapy service should be monitored to maintain or improve its quality and the user experience. This monitoring can be based on the patient perspective, environmental factors, and the therapeutic approach. The Delphi method aims to reach a consensus among a group of experts on a particular topic. It is accessible and cost-effective, allowing access to a panel of experts even if they are geographically distant, through a structured process in which they respond to a series of questionnaires or "rounds" to collect information. Performance indicators for a health service are tools that allow specific situations to be measured, and the impact of actions or services to be assessed through their results. These indicators play a key role by providing a set of information that guides the therapeutic approach towards achieving quality-based outcomes in an outpatient service. The research involved 20 participants and included four rounds. Twenty-three indicators were defined, resulting in the development of the Outpatient Monitoring Scale – MONIsa. This scale defines the main performance indicators for outpatient physical therapy services in three dimensions (PATIENT/ENVIRONMENT/ THERAPEUTIC APPROACH). The MONIsa scale, developed through a Delphi study, defines performance indicators for outpatient physical therapy services across patient, environment, and therapeutic approach dimensions. The instrument shows potential applicability but requires further studies to validate its psychometric properties.

Key words: Indicators. Performance. Health Research Evaluation. Monitoring, Ambulatory.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Corona Vírus (COVID-19) resultou em interrupção das atividades em todo mundo. Essa doença apresentou uma série de complicações de saúde. Técnicas da fisioterapia foram amplamente empregadas para minimizar os danos a saúde, conforme (OMS). A ocorrência da pandemia, acarretou uma série de demandas específicas que exigiram dos profissionais uma ampla experiência (SANTOS et al., 2014). Observando a necessidade de treinamento especializado para aprimorar a qualidade dos serviços e o atendimento prestado aos indivíduos afetados (Auwal A., 2020), desempenharam um papel fundamental, atuaram na linha de frente, destacando a importância da fisioterapia no âmbito hospitalar, na prevenção, promoção e recuperação do paciente do hospital até à reabilitação (Calvalcante, 2021).

Os fisioterapeutas demonstram autonomia e competência para executar atividades como: avaliar, orientar, estabelecer diagnósticos, programar e planejar ações preventivas e gerenciamento de serviços de saúde (Lucy M. B. et al., 2009). O atendimento, fornece assistência individual ou coletiva, apoiada na Prática Baseada em Evidências (PBE) onde o profissional integra as melhores evidências disponíveis. Formatando um raciocínio clínico, bem como habilidade cognitiva de processamento de informações, mentalização dos achados da anamnese, e elaboração da tomada de decisão clínica, respeitando a opinião do paciente,

levando em consideração suas metas (Jules M. Rothstein et al., 2003).

A construção de um instrumento de acompanhamento da efetividade do tratamento, constitui um desafio complexo, uma vez que a avaliação do processo terapêutico, se distingue do acompanhamento de um cronograma de resultados, sendo fundamental compreender a diferença: enquanto o acompanhamento de um cronograma de resultados se refere à verificação do cumprimento das etapas planejadas, a avaliação do processo terapêutico, visa examinar a efetividade das intervenções e seu impacto no paciente, portanto é necessário criar indicadores e/ou aperfeiçoar os já existentes.

Indicadores de performance de um serviço de saúde, são ferramentas que permitem medir situações específicas, avaliar o impacto das ações ou serviços realizados por meio de seus resultados. Requerendo a aplicação de metodologias específicas, com o objetivo de garantir a validade e a confiabilidade das medidas obtidas, ao constituírem um pacote de informações que direcionam a abordagem terapêutica, a um resultado pautado pela qualidade da assistência de um serviço ambulatorial. Para tal avaliação, são necessários inquéritos, gráficos e métricas que possam ser utilizados para medir e analisar a performance do serviço (Cavalheiro. et al, 2015).

O método Delphi consiste em uma ferramenta de análise de performance visando obter consenso de um

grupo de especialistas sobre um determinado tema, onde especialistas respondem questionários ou 'rodadas' para coletar informações acerca de um determinado tema (Hasson F, 2000).

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

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste estudo, a base de dados escolhida foi a PubMed devido ao sofisticado serviço de otimização de palavras-chave (Medical Subject Heading, ou MeSH) (ALRYALAT; MALKAWI; MOMANI, 2019).

2.1 Seleção e contato do grupo de especialistas

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

2.2 Questionário eletrônico para os especialistas

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

2.3 Consentimento

Um termo de consentimento foi aplicado em cada rodada de questionamentos.

2.4 Análise e refinamento do questionário

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

2.5 Coleta de dados

2.5 A - Rodada 1

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

2.5 B - Rodada 2

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

2.5 C- Rodada 3

Com base nos resultados das duas primeiras rodadas, um conceito sobre os principais aspectos da

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

2.5 D - Rodada 4

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

2.6 Análise estatística

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

Para confecção dos gráficos, foi utilizado o software R 4.4.1 (R Core Team, 2021), na interface Rstudio (Rstudio, 2020).

2.7 Divulgação dos dados

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

2.8 Hipótese do estudo

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

3 RESULTADOS/REVISÃO

A Rodada 1 consistiu na avaliação de pontos subjetivos com indicadores categorizadas a partir de perspectivas distintas: a do paciente, a do ambiente e a da abordagem terapêutica. Cada uma dessas perspectivas continha oito indicadores onde era necessário o participante atribuir uma nota de (0 a 10) onde 0 significava “Inadequado para a definição da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia” e 10 significava “Adequado para a definição da performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia”, de acordo com a escala de Likert. A Tabela 1, 2 e 3 apresentam os indicadores categorizadas a partir das perspectivas.

Tabela 1 - Resultado da rodada 1 – Indicadores na Perspectivas dos pacientes

Indicadores na Perspectiva do Paciente

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

Tabela 2 - Resultado da rodada 1 – Indicadores na Perspectivas do Ambiente

<i>Indicadores na Perspectiva do Ambiente</i>
1. Acessibilidade a clínica
2. Número de consultas por semana
3. Qualidade do atendimento na recepção
4. Mobiliário disponível para o terapeuta e paciente
5. Disponibilidade de insumos para a realização dos atendimentos
6. Disponibilidade de recursos facilitadores de desempenho do paciente
7. Consonância do armazenamento dos dados do paciente, com a lei geral de proteção de dados

Tabela 3 - Resultado da rodada 1 – Indicadores na Perspectivas da Abordagem Terapêutica

<i>Indicadores na Perspectiva da Abordagem Terapêutica</i>
1. Consonância do tratamento com as Práticas Baseadas em Evidências
2. Abordagem do paciente a partir do modelo de reabilitação biopsicossocial
3. Utilização de diretrizes clínicas nacionais ou internacionais no acompanhamento do tratamento
4. Elaboração de diagnóstico cinético funcional
5. Utilização de instrumentos válidos e confiáveis para o acompanhamento da condição de saúde do paciente
6. Adequação do custo financeiro do atendimento com a realidade do público-alvo
7. Trabalho de referência e contrarreferência com outros serviços e profissionais
8. Estabelecimento de metas e planejamento de reavaliação durante o atendimento para mensurar progressão do tratamento

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

Os dados foram analisados obtendo a média e desvio padrão de cada indicador. Foi salientado por um participante que na perspectiva do paciente (Figura 1) o indicador “taxa de adesão dos pacientes ao tratamento” contemplaria também a assiduidade do paciente, como se refere a adesão e assiduidade o indicador contempla as duas perspectivas. Também observado na perspectiva

da abordagem terapêutica (figura 4 4) o indicador “elaboração de diagnóstico cinético funcional” a troca do termo “cinético funcional” para “fisioterapêutico” sendo muito bem observado pois realmente remete melhor a abordagem fisioterapêutica.

Figura 1 - Resultados Rodada 1 - Perspectiva do paciente.**Figura 2** - Resultados Rodada 1 - Perspectiva do ambiente.**Figura 3** - Resultados Rodada 1 - Perspectiva da abordagem terapêutica.

Na Rodada 2 foram avaliados os resultados da Rodada 1, na qual os componentes foram classificados como "provisoriamente incluídos" ou "excluídos provisoriamente" com base na porcentagem adquirida na classificação determinada a priori de 7/10 pontos da Rodada 1, para sua relevância em relação à performance de serviços ambulatoriais de fisioterapia. Este limite foi estabelecido para garantir que apenas as características mais importantes forem incluídas na escala. Os participantes foram convidados a analisar se concorda ou discorda em incluir os itens que atingiram o limite de classificação (ou seja, aqueles que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7/10). Além disso, para os itens que foram classificados como "excluídos provisoriamente" também foi necessário a analisar se concorda ou discorda em excluir aqueles que não atingiram o limite de classificação.

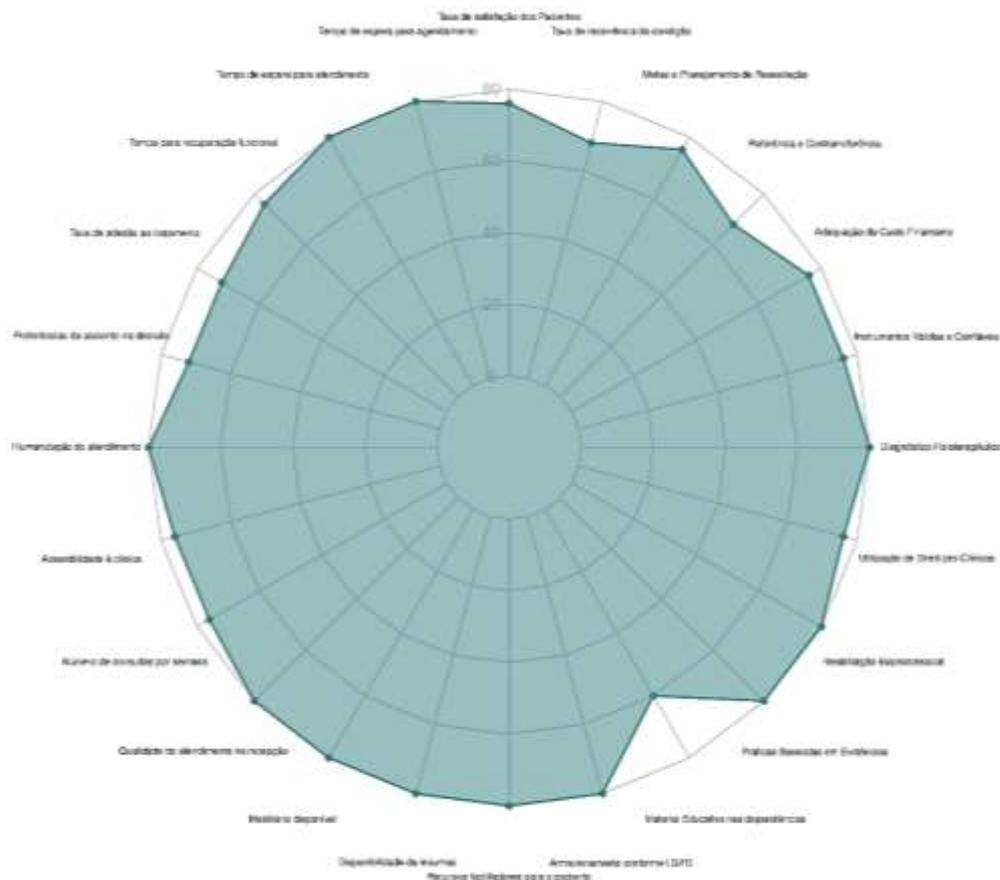
O indicador "taxa de recorrência da condição de saúde apresentada por um mesmo paciente" foi o único que obteve nota abaixo da média estabelecida, sendo ele

incluído na classificação "excluídos provisoriamente". Todos os outros indicadores foram incluídos na classificação "provisoriamente incluídos".

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

Na Figura 4, está descrito as porcentagens que cada indicador obteve, demonstrando que todos os que foram "provisoriamente incluídos" obtiveram nota maior que 67% sendo todos estes os indicadores incluídos na escala, e o que foi "excluídos provisoriamente" obteve nota superior a 67% de acordo com a exclusão desse indicador da escala.

Figura 4 - Resultados da Rodada 2 – Indicadores – Provisoriamente incluídos.



Na Rodada 3, após a elaboração de uma definição a respeito dos principais aspectos relativos à performance dos serviços ambulatoriais de fisioterapia, e o desenvolvimento de uma escala de avaliação e monitoramento com seus termos específicos, baseado no que foi acordado nas rodadas 1 e 2, os especialistas foram convidados a opinarem se concordavam com a definição bem como com a forma como foram elaborados as análises de cada indicador da escala.

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

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

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

4 DISCUSSÃO

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

O presente instrumento necessita de um trabalho associado com recursos de avaliações já existentes para quantificar indicadores. Como questionários de

avaliação que fornecem subsídios importantes para a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Wensing e Elwyn, 2003).

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

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

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

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

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

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (LBI), traz garantias básicas de acesso, onde a maior disposição de recursos demonstra acessibilidade, além disso, segundo a resolução Nº 418/2012 do COFFITO na Lei 8856/94 que estabelece o turno de trabalho de seis horas, nos dias úteis semanais com uma carga horária de 30 horas, estabelece a necessidade de definição no plano

empresarial de uma meta considerando o número de profissionais, e a proporção de alcance dessa meta demonstra eficiência.

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

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

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

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SACKETT, D. et al. Evidencebased medicine how to practice and teach EBM.

JournalIntensiveCareMedicine, Reino Unido, v. 16, n. 1, p. 155-156, mai. 2001.

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

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

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

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

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

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