



Fisioterapia

Padrões de Prática

3ª Edição

Abril 2005

Adaptação do documento da Região Europeia da WCPT
Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice



Documento elaborado pela

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

Aprovado em Assembleia Geral de 23 de Março de 2002

Grupo de Trabalho “Padrões de Prática”

Conceição Bettencourt
Isabel Oliveira Machado
Isabel Souza Guerra
João Pedro Fonseca
José Pascoalinho
Margarida Avilez
Ótília Murta
Sandra Amado

Padrões de Prática

Parceria com o utente

Respeito pela individualidade

Padrão 1

Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspectos da relação terapêutica.

Consentimento Informado

Padrão 2

Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado.

Confidencialidade

Padrão 3

As informações dadas pelo utente ao Fisioterapeuta são tratadas com estrita e total confidencialidade.

Recolha de dados e ciclo de intervenção

Recolha de Dados

Padrão 4

No sentido de proporcionar um cuidado efectivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível.

Padrão 5

Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema actual.

Padrão 6

Sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.

Análise

Padrão 7

O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação.

Plano de intervenção

Padrão 8

O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente.

Implementação

Padrão 9

O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente.

Avaliação continua

Padrão 10

O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efectividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde.

Transferência/alta

Padrão 11

Quando completado o plano de intervenção, são tomadas providências para a transferência/alta.

Comunicação (comunicação com o utente e cuidadores)

Padrão 12

Os Fisioterapeuta comunicam efectivamente com os utentes e/ou seus familiares/cuidadores.

Comunicação com outros profissionais

Padrão 13

Os Fisioterapeutas comunicam efectivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efectivo ao utente.

Documentação

Padrão 14

Para facilitar a gestão sobre o utente e satisfazer os requisitos legais, todos os utentes que recebam intervenção de fisioterapia devem ter um processo clinico de Fisioterapia que inclua informação relacionada com cada episódio.

Padrão 15

Os processos clínicos de Fisioterapia são arquivados de acordo com políticas existentes e legislação vigente.

<p style="text-align: center;">Promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta)</p>
--

Padrão 16

Os utentes são tratados num ambiente seguro tanto para estes como para os Fisioterapeutas e família/cuidadores.

Fisioterapeutas que trabalham sozinhos

Padrão 17

O Fisioterapeuta toma precauções no sentido de garantir que os riscos de trabalhar sozinho sejam minimizados.

Segurança do equipamento

Padrão 18

Todo o equipamento é seguro e adequado à finalidade, no sentido de permitir a segurança do utente, familiar/cuidador e do Fisioterapeuta.

**Desenvolvimento profissional contínuo.
Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV)**

Padrão 19

O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.

Padrão 20

O Fisioterapeuta planeia o seu Desenvolvimento profissional contínuo. Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV).

Padrão 21

Os planos de DPC.ALV são implementados.

Padrão 22

O Fisioterapeuta avalia os benefícios do DPC e da sua ALV.

Índice

Parceria com o utente	3
Respeito pela individualidade	3
Consentimento Informado	3
Confidencialidade	3
Recolha de dados e ciclo de intervenção	3
Recolha de Dados	3
Análise	3
Plano de intervenção	4
Implementação	4
Avaliação contínua	4
Transferência/alta	4
Comunicação (comunicação com o utente e cuidadores)	4
Comunicação com outros profissionais	4
Documentação	4
Promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta)	4
Fisioterapeutas que trabalham sozinhos	5
Segurança do equipamento	5
Desenvolvimento profissional contínuo. Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV)	5
Preâmbulo	7
Parceria com o utente	9
Respeito pela individualidade	9
Consentimento Informado	10
Confidencialidade	11
Recolha de dados e ciclo de intervenção	12
Recolha de Dados	12
Análise	15
Plano de intervenção	15
Implementação	16
Avaliação Contínua	16
Transferência/alta	16
Comunicação (comunicação com o utente e cuidadores)	17
Comunicação com outros profissionais	18
Documentação	19
Promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta)	21
Fisioterapeutas que trabalham sozinhos	21
Segurança do equipamento	22
Desenvolvimento profissional contínuo e Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV)	23
Glossário	25

Preâmbulo

A finalidade da *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) é a de melhorar a qualidade dos cuidados globais da saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia .

A obrigação de assegurar padrões de elevada qualidade, na prestação de cuidados, está reflectida nas Declarações de Princípios e Recomendações, da WCPT e no artº 2º dos Estatutos da APF.

O documento aprovado em Assembleia Geral da WCPT, em 1995, ao qual a APF está vinculada, delinea os princípios Éticos a que os Membros das Organizações aderiram, pela sua filiação na WCPT.

Estes princípios estabelecem que os fisioterapeutas devem:

- Respeitar os direitos e a dignidade de todos os indivíduos;
- Agir de acordo com as Leis e Regulamentos da prática de fisioterapia no país em que trabalham;
- Aceitar a responsabilidade para o exercício;
- Providenciar o exercício profissional responsável, honesto e competente;
- Ter obrigação de promover serviços de qualidade, de acordo com os objectivos e políticas delineadas pela Associação Portuguesa de Fisioterapia;
- Ter um nível salarial suficiente e justo para o exercício profissional;
- Promover uma informação cuidada aos utentes, a outras instituições e à comunidade sobre a Fisioterapia e o papel do Fisioterapeuta;
- Contribuir para o planeamento e desenvolvimento das Unidades que dão resposta às necessidades da saúde da comunidade.

A WCPT bem como a APF reconhecem a importância absoluta do desenvolvimento e a documentação de padrões acordados para a prática da fisioterapia.

Estes padrões são necessários para:

- Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação, demonstrando também aos Cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;
- Orientar os Fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;
- Conduzir e orientar os Fisioterapeutas no seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida;
- Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos de tutela e outros grupos profissionais;
- Reflectir os valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão;
- Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- Ir de encontro às necessidades de mudança da comunidade;
- Servir como um meio de comunicação com os membros de profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e o público em geral.

Como se desenvolveram estes Padrões ?

Em resposta às linhas orientadoras da WCPT, que preconiza a implementação de elevados padrões de prática em fisioterapia, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, em reunião de Conselho Consultivo Nacional, de 27 de Outubro de 2001, formou um grupo de trabalho, constituído por elementos dos órgãos sociais que o quiseram integrar.

Considerando assim a necessidade de desenvolver um instrumento, que forneça uma análise de interacção entre a Fisioterapia e os Cidadãos, de forma a avaliar e promover elevados padrões de prática, este grupo, criado exclusivamente para este efeito, após análise de documentação elaborada por Associações de vários países, procedeu à tradução e adaptação ao nosso país dos propostos pela Região Europeia.

O instrumento contém recomendações sobre as expectativas de qualidade de interacção necessárias para aplicar os princípios éticos delineados pela WCPT. Estas recomendações transformaram-se em critérios que descrevem como se podem alcançar os Padrões.

Os critérios são mensuráveis, de forma a que os utentes, Fisioterapeutas e outros possam determinar a qualidade de interacção.

O documento elaborado, foi publicado e colocado à discussão de todos os sócios da AFP, em Boletim Informativo de Janeiro de 2002, e aprovado em Assembleia Geral da APF de 23 de Março de 2002

Quem deve utilizar os Padrões?

Os Padrões são um instrumento a ser utilizado pelos Fisioterapeutas, docentes e educadores clínicos de cursos de Fisioterapia na orientação dos alunos, utentes, cidadãos, gestores e outras entidades que tenham interesse em prestar ou receber Serviços de Fisioterapia com elevada qualidade.

O termo “Fisioterapia” utilizado neste documento inclui alunos de fisioterapia e fisioterapeutas.

O nome profissional de “fisioterapeuta” aplica-se unicamente a pessoas que detêm as qualificações regulamentadas em Portugal e reconhecidas pela APF.

A APF e a Região Europeia, de acordo com a WCPT reconhece que a Fisioterapia é o serviço prestado exclusivamente por Fisioterapeutas, ou sob a sua orientação e supervisão, e inclui consulta e intervenção.

A quem se aplicam os Padrões

Estes padrões aplicam-se a todos os fisioterapeutas, quer sejam recém formados ou altamente experientes, em contacto directo ou indirecto com utente e aos cuidadores

Estes padrões são também aplicáveis a alunos de fisioterapia. No entanto nem todos os padrões se aplicam no mesmo grau aos alunos, uma vez que as tarefas e responsabilidades, são delegadas pelos fisioterapeutas.

Qual é o status destes Padrões?

Estes padrões não são mínimos ou de excelência mas são considerados alcançáveis. São apresentados como padrões a que todos os fisioterapeutas aspiram, como parte da sua responsabilidade profissional. Na prática, qualquer alteração necessária para alcançar estes padrões será da responsabilidade individual do fisioterapeuta.

Parceria com o utente

Respeito pela individualidade

Padrão 1

Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspectos da relação terapêutica.

Critérios

- 1.1- Fisioterapeuta respeita o utente como indivíduo, tendo em conta os seus direitos, liberdades e garantias.

Orientação: Este critério reflecte a necessidade do Fisioterapeuta, respeitar e reconhecer a individualidade de cada utente, nomeadamente, nos factores sociais, ocupacionais, recreativos e económicos, bem como nos factores relacionados com crenças próprias.

- 1.2- O Fisioterapeuta deve pautar a sua actuação como profissional cordial e atencioso.
- 1.3- O Fisioterapeuta deve perguntar ao utente o nome pelo qual deseja ser chamado.
- 1.4- O utente é informado do nome do Fisioterapeuta responsável pelo seu episódio de intervenção.
- 1.5- O utente tem conhecimento do papel de cada um dos Fisioterapeutas intervenientes na sua intervenção.

Orientação: É importante que o utente tenha conhecimento de que está a ser tratado por um aluno de fisioterapia.

- 1.6- A privacidade e a dignidade do utente são respeitadas, nos termos gerais da lei e nos pressupostos emanados pelas entidades oficiais.

Orientação: A consulta e a intervenção do fisioterapeuta requerem um ambiente privado.

Consentimento Informado

Padrão 2

Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado.

Orientação: No caso de utentes que não apresentem capacidade para dar consentimento informado, por exemplo, utentes inconscientes, crianças, utentes com problemas mentais severos, confusos e alguns utentes com dificuldades de aprendizagem, o consentimento deve ser obtido, sempre que possível, por parte dos pais, tutores, ou outros indivíduos legalmente designados para representar o indivíduo.

Na presença de decisões complicadas, relacionadas com o consentimento, estas devem ser discutidas com outros colegas, bem como com outros profissionais envolvidos na intervenção, antes de ser tomada a decisão final.

A declaração de princípios da WCPT (1995)¹ deve ser considerada em conjugação com estes padrões.

Critérios

- 2.1- O consentimento do utente é obtido antes de se iniciar qualquer exame ou intervenção.
- 2.2- As opções de intervenção, incluindo benefícios significativos, riscos e efeitos secundários são discutidos com o utente.

Orientação: Por exemplo, se o fisioterapeuta considerar a utilização de electroterapia, deverá discutir com o utente a relevância científica da sua efectividade, mas também chamar a atenção para o eventual risco de queimaduras.

- 2.3- É dada ao utente, a oportunidade de colocar questões.

Orientação: Os utentes podem necessitar de tempo para absorver a informação e deverá ser dada a oportunidade de colocar questões em todas ocasiões, de molde a que o consentimento seja claro e expresso.

- 2.4. O utente é informado do seu direito de recusar a fisioterapia em qualquer fase sem ser prejudicado em cuidados futuros.
- 2.5- Se o utente declinar ou rejeitar a fisioterapia este facto deve ser documentado no processo clínico, conjuntamente com as razões invocadas, sempre que estas sejam conhecidas.

¹ Anexo 1

2.6- O utente é informado de que pode ser consultado ou intervencionado por um aluno de fisioterapia, sendo-lhe dado o direito de recusar e nesse caso ser tratado por um Fisioterapeuta.

Orientação: Este critério só é aplicado nos locais onde existam alunos de fisioterapia.

2.7- O documento de consentimento informado para a intervenção é guardado no processo clínico do utente.

Orientação: Referência ao Padrão 8, critério 8.1

Confidencialidade

Padrão 3

As informações dadas pelo utente ao Fisioterapeuta são tratadas com estrita e total confidencialidade.

Orientação: A Declaração de Princípios Éticos aprovados na 13ª Assembleia Geral da WCPT, e adoptada pela APF devem ser consideradas em conjunto com estes padrões uma vez que proporcionam mais detalhes nesta matéria. Devem ser criados níveis de gestão de informação sempre que se utilizem tecnologias de informação e comunicação.

Critérios

3.1- A privacidade da consulta ou intervenção é uma garantia absoluta, especialmente quando são discutidas questões pessoais.

Orientação: A aplicação deste critério verifica-se durante o contacto directo com o utente, cuidadores ou outros profissionais de saúde.

Deve-se ser cuidadoso quando se discutem detalhes clínicos relacionados com o utente, de molde a salvaguardar a confidencialidade e privacidade do utente (por exemplo, ao telefone).

3.2- Deve-se obter o consentimento escrito por parte do utente antes de utilizar informação clínica, fotografias, vídeos, etc., para ensino, publicação ou outros fins.

3.3- O Fisioterapeuta pode permitir a consulta do processo de fisioterapia por outros profissionais de saúde, não envolvidos directamente no processo de atendimento, sempre que seja benéfico para o utente, e com o acordo deste.

Orientação: Deve ser lembrado que a informação confidencial se mantém como tal, mesmo após a morte. Nestes casos, a permissão deve ser obtida através do respectivo serviço, aos herdeiros, ou representantes legais.

3.4- A informação só é dada a outras pessoas para além daquelas que estão imediatamente envolvidas nos cuidados do utente, mediante consentimento expresso e formal do mesmo.

Orientação: É particularmente importante quando a informação é solicitada pelo empregador de forma a obter informações do empregado.

Para a obtenção de relatórios legais, o consentimento escrito por parte do utente deve ser obtido antes de ser dada qualquer tipo de informação.

Recolha de dados e ciclo de intervenção

Recolha de Dados

Padrão 4

No sentido de proporcionar um cuidado efectivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível.

Orientação: Existem diferentes fontes para obter a informação incluindo, o utente, família/cuidadores, outros profissionais de saúde, bibliotecas, fontes electrónicas, revistas e recomendações de orientação clínica específicas; devendo contudo ser salvaguardados todos os limites legais relativamente à sua obtenção.

Critérios

4.1. O Fisioterapeuta considera e avalia criteriosamente toda a informação sobre intervenções efectivas relacionadas com a condição do utente.

Fontes que devem ser incluídas:

- a)- Investigação;
- b)- recomendações de orientação clínica e documentos sobre evidência da efectividade;
- c)- grupos de interesse específicos;
- d)- guias nacionais;
- e)- protocolos e padrões/locais;
- f)- informação obtida pela utilização de medidas de resultados;
- g)- organizações de utentes/grupos;
- h)- opiniões de peritos.

4.2. O Fisioterapeuta é legalmente responsável por todos os aspectos relacionados com a intervenção da fisioterapia.

4.3 O Fisioterapeuta tem o direito de recusar realizar procedimentos de fisioterapia se considerar que estes irão afectar negativamente o utente ou se considerar que estes não servem o melhor interesse do utente.

Padrão 5

Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema actual.

Critérios

5.1. Devem constar dados recolhidos relacionados com:

- a)- A percepção que o utente tem das suas necessidades;
Orientação: depende do estado de saúde do utente, não se aplicando, por exemplo, a utentes em coma.
- b)- As expectativas do utente face à intervenção do Fisioterapeuta;
- c)- os detalhes demográficos do utente;
- d)- a condição e problemas actuais;
- e)- a história clinica anterior;
- f)- a medicação / tratamentos actuais;
- g)- as contra indicações/precauções e alergias;
- h)- história sócio familiar e estilo de vida;

Orientação: Inclui os efeitos da diminuição/déficit de actividade e de participação.

- i)- investigações relevantes.

5.2- Do relatório deve existir evidência escrita de um exame físico, no sentido de obter dados mensuráveis sobre os quais se analisam as necessidades terapêuticas em fisioterapia do utente, incluindo a observação, uso de instrumentos, técnicas específicas e palpação/manuseamento.

5.3- Os resultados dos dados obtidos são explicados ao utente.

5.4- Se por qualquer motivo a informação estiver incompleta ou indisponível devem ser documentadas as suas razões.

Padrão 6

Sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.

Critérios

6.1. O Fisioterapeuta selecciona um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado para o contexto em que é aplicado e que seja relevante para os problemas do utente.

6.2. O Fisioterapeuta tem que certificar-se que o instrumento é aceite pelo utente.

Orientação: O instrumento de medida deve ser explicado ao utente, dando para o efeito o respectivo consentimento (referência ao Padrão 2).

O Fisioterapeuta selecciona um instrumento de medida de avaliação de resultados sobre o qual tenha competência e experiência necessárias para utilizar, aplicar e interpretar.

Quando o Fisioterapeuta não tem experiência e competência necessárias para o aplicar deve encaminhar o utente para outro Fisioterapeuta.

Orientação: Quando a aplicação do teste é delegada, a pessoa em que esta é delegada deve ter competência e experiência necessárias para a realizar.

- 6.3- O Fisioterapeuta certifica-se do bem-estar do utente durante a aplicação do instrumento de medida.
- 6.4- Durante a aplicação e pontuação do instrumento são seguidas as instruções escritas do manual, dos seus autores e/ou das linhas de orientação dos serviços.
- 6.5- O resultado da medição é registado de imediato.
- 6.6- O mesmo instrumento de medida é utilizado no final do episódio da intervenção.

Análise

Padrão 7

O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação.

Critérios

7.1- Existe registo do processo de raciocínio clínico.

Orientação: O processo de revisão por pares providencia a oportunidade de avaliar o processo de raciocínio clínico.

7.2. Existe registo escrito da identificação dos problemas/ necessidades formuladas através da informação recolhida (referência aos padrões 4 e 5).

7.3- São identificadas avaliações subjectivas.

Orientação: Estas medidas podem incluir factores como severidade, natureza, localização e variação diurna das queixas actuais.

7.4- Estão identificadas avaliações objectivas.

Orientação: Estão incluídas medidas quantificadas como por exemplo, amplitudes articulares ou perímetros dos membros

7.5- Está registado o diagnóstico da fisioterapia.

Orientação: O termo “diagnóstico de fisioterapia” refere-se ao problema que conduza a alterações da função e qualidade de vida.

Se o utente e/ou o Fisioterapeuta decidem que não há lugar para a realização da intervenção de fisioterapia, esta informação tem de ser transmitida ao profissional que referenciou o utente, quando exista.

Plano de intervenção

Padrão 8

O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente.

Critérios

8.1- O Fisioterapeuta deve assegurar-se que o utente está completamente envolvido no processo de tomada de decisão durante o planeamento de intervenção, dando para o efeito o seu consentimento claro e expresso.

Orientação: Referência ao Padrão 2 critério 2.2, 2.3 e 2.7.

8.2- O Fisioterapeuta demonstra que teve em conta as necessidades do utente e/ou cuidadores dentro do seu contexto social.

Orientação: O plano é baseado na informação recolhida durante o processo de recolha de dados relativamente à história familiar e social (por exemplo, emprego, desporto e estilo de vida) e reflecte as respectivas envolvências.

8.3. O plano tem em conta as valências do serviço.

8.4. O plano deve conter como documentos:

- a) objectivos;
- b) calendarização da sua implementação e/ou das avaliações contínuas;
- c) medidas de avaliação de resultados;
- d) a identificação de quem vai executar o plano.

Orientação: Em algumas situações o Fisioterapeuta poderá necessitar de referenciar o utente para outro colega, de forma a ser desenvolvido o plano com maior efectividade. Os utentes, familiares/cuidadores ou outros profissionais de saúde podem também desenvolver partes do plano de intervenção sob direcção ou supervisão do Fisioterapeuta.

Implementação

Padrão 9

O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente.

Critérios

9.1- Todas as intervenções são desenvolvidas de acordo com o respectivo plano.

Orientação: Quando existe delegação em alunos de Fisioterapia ou outros, a responsabilidade é do Fisioterapeuta que delegou a tarefa.

9.2- Todas as orientações, ensino ou informações dados ao utente são registadas.

Orientação: Inclui informação verbal e escrita.

9.3. É registado todo o equipamento emprestado ou fornecido ao utente.

Avaliação Contínua

Padrão 10

O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efectividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde.

Critérios

10.1- As revisões realizadas em cada sessão são objecto de registo escrito;

- o plano de intervenção;

- medidas “*subjectivas*”;

- medidas objectivas;

10.2. São documentadas todas as alterações subjectivas e objectivas.

10.3. São documentadas todas as alterações do plano de intervenção.

10.4. No final do plano de intervenção é medido o resultado para avaliar o seu impacto.

10.5. A informação sobre o resultado da aplicação da medida é partilhada com o utente.

Transferência/alta

Padrão 11

Quando completado o plano de intervenção, são tomadas providências para a transferência/alta.

Orientação: A transferência, diz respeito à transferência de cuidados entre profissionais, hospitais, Centros de Reabilitação, residências protegidas e outros, assim como à transferência de cuidados para outros cuidadores ou equipas de reabilitação na comunidade.

Alta, refere-se à cessação de cuidados.

Critérios

- 11.1. O utente é envolvido na realização da sua transferência/alta.
- 11.2. As providências tomadas são registadas no processo do utente.
- 11.3- Quando o utente é transferido, é transmitida a informação a quem continua a intervenção ou a dirige.
Orientação: Deve incluir medidas de avaliação de resultados utilizadas, com uma explicação clara da pontuação e sua interpretação. A informação deve ser transmitida de acordo com as fases sucessivas do processo, salvaguardando-se a confidencialidade da mesma.
- 11.4. É enviado um relatório de alta a quem o utente é referido, respeitando as linhas de orientação específicas.
Um resumo do relatório da alta deve ser enviado a quem referenciou o utente após se ter completado o episódio de intervenção, de acordo com as recomendações orientação específicas.
Orientação: Quem referencia deve também receber informação acerca dos utentes que tiveram alta a pedido, por abandono ou não iniciaram o processo de intervenção.

Comunicação (comunicação com o utente e cuidadores)

Padrão 12

Os Fisioterapeuta comunicam efectivamente com os utentes e/ou seus familiares/cuidadores.

Critérios

- 12.1- O Fisioterapeuta utiliza a *escuta activa* no sentido de dar oportunidade ao utente de comunicar de uma forma efectiva.
Orientação: Deve existir particular atenção com a comunicação não verbal que possa afectar a interacção.
- 12.2- O Fisioterapeuta comunica de uma forma aberta, frontal e profissional com o utente.
Orientação: Em algumas circunstâncias e por exemplo, em cuidados terminais, deverá ser acordado com a equipa uma abordagem específica de comunicação.
- 12.3 Todas as comunicações, escritas e verbais, devem ser claras, não ser ambíguas e de fácil compreensão para o utente ou para o seu representante legal.
Orientação: Devem ser evitadas abreviaturas e linguagem técnica. Devem ser disponibilizados intérpretes para pessoas com incapacidade auditiva ou que não falem a língua portuguesa. A identificação do intérprete adequado deve ter em conta os requisitos culturais, idade e outros na relação com o utente.
- 12.4. Os métodos de comunicação são modificados no sentido de ir ao encontro das necessidades dos utentes.

Orientação: A comunicação deve ter em conta a cultura e língua do indivíduo. Devem ser consideradas a utilização de sistemas aumentativos de comunicação, tais como sinais, vídeo/ áudio, cassetes, fotografias, meios informáticos, etc.

12.5. O Fisioterapeuta certifica-se da compreensão por parte do utente ou do seu representante legal relativamente à informação dada.

12.6. Comunicações de natureza delicada devem ser realizadas em ambientes privados.

12.7- A informação está disponível em grupos de apoio específicos e em redes de suporte.

Orientação: O Fisioterapeuta deve saber como obter informação se esta não estiver disponível de imediato.

12.8. Tem que ser solicitada autorização ao utente antes de discutir detalhes confidenciais com amigos e família/cuidadores, nos termos gerais da lei, salvaguardando-se assim a confidencialidade necessária e suficiente do respectivo processo.

Comunicação com outros profissionais

Padrão 13

Os Fisioterapeutas comunicam efectivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efectivo ao utente.

Orientação: Este padrão refere-se à comunicação com outros profissionais de saúde e aos que estão relacionados com os cuidados dos utentes. Podem incluir por exemplo, membros da equipa multidisciplinar, professores, assistentes sociais, ou outros profissionais que intervenham dentro e fora do mercado da saúde. As declarações de princípio da WCPT (1995) na secção “relações com médicos e relações com outros profissionais de saúde” devem ser consideradas conjuntamente com este padrão.

Critérios

13.1. Os Fisioterapeutas seguem recomendações de orientação específicas acordadas para a referência.

Orientação: Estas recomendações de orientação definem os procedimentos a serem utilizados para aceitar uma referência ou referenciar para outros profissionais.

13.2. Os Fisioterapeutas facultam informação para avaliações multidisciplinares, transferências e altas, salvaguardados os critérios legalmente em vigor.

13.3. Os Fisioterapeutas acordam objectivos comuns com o utente e com a equipa multidisciplinar.

13.4. Os Fisioterapeutas conhecem as funções dos outros membros da equipa multidisciplinar.

13.5- Os Fisioterapeutas contribuem para o processo de registos multidisciplinares.

Orientação: Por exemplo, cartão magnético, processo individual do utente, etc.

- 13.6. Os Fisioterapeutas informam os outros profissionais das suas funções específicas.
- 13.7- A informação facultada a outros profissionais é directamente relevante face à sua função junto ao utente
Orientação: Ver padrão 3.3 e 11.4.
- 13.8- Os Fisioterapeutas comunicam com os profissionais de saúde e outros no desenvolvimento dos cuidados ao utente.
Orientação: Deve existir um registo escrito da comunicação com outros profissionais envolvidos no desenvolvimento dos cuidados ao utente; podendo incluir cartas, registo de comunicações telefónicas, reuniões da equipa multidisciplinar e visitas médicas.
- 13.9- Os Fisioterapeutas comunicam informação relevante com prontidão.
Orientação: Informação relevante é aquela que é necessária para a continuidade dos cuidados.
- 13.10- Os Fisioterapeutas seleccionam os meios de comunicação mais adequados.
Orientação: Pode ser verbal, escrita ou electrónica. Deve também ter em conta os défices de comunicação.
- 13.11- A linguagem utilizada deve ser de fácil compreensão para quem a recebe.
Orientação: Deve ser evitada a utilização de abreviaturas e linguagem técnica.

Documentação

Padrão 14

Para facilitar a gestão sobre o utente e satisfazer os requisitos legais, todos os utentes que recebam intervenção de fisioterapia devem ter um processo clínico de fisioterapia que inclua informação relacionada com cada episódio.

Orientação: Embora os processos clínicos de fisioterapia sejam geralmente escritos manualmente, estes também podem incluir registos de computador, fax, video, fotografias e outra linguagem. A manutenção dos registos é uma parte essencial dos deveres do fisioterapeuta na construção de cuidados, para tal enquadrando-se nos termos gerais da lei.

Critérios

- 14.1. Os registos do utente devem iniciar-se desde o primeiro contacto.
- 14.2. Os registos do utente são realizados imediatamente após o contacto com o Fisioterapeuta e até ao final do dia.
- 14.3. Os registos do utente são contemporâneos.
Orientação: Nada é acrescentado aos registos depois de efectuados. Qualquer omissão deve ser registada na altura em que é identificada, expondo-se o motivo para tal ocorrência.
- 14.4. O registo do utente é realizado conforme os seguintes requisitos;
- conciso;
 - legível;

- com sequência lógica;

- datados;

Orientação: Em algumas circunstâncias poderá ser relevante o registo do tempo de duração da intervenção.

- assinados após cada registo;

Orientação: Quando alunos de fisioterapia realizem uma avaliação ou intervenção, quer estes quer o Fisioterapeuta responsável devem assinar.

- o nome é colocado após cada registo de forma legível;

- não usar corrector;

- escrito a caneta, que permaneça legível em fotocópia;

- quaisquer erros são riscados com uma única linha e rubricados;

- cada folha de registo é numerada;

- o nome do utente, a data de nascimento, o número do processo ou número pessoal de identificação, são registados no início de cada página de registo;

- só são utilizadas abreviaturas num determinado contexto e segundo um glossário de abreviaturas.

Padrão15

Os processos clínicos de fisioterapia são arquivados de acordo com políticas existentes e legislação vigente.

Critérios:

15.1- Os registos do utente são mantidos em segurança e estrita confidencialidade.

Orientação: Respeita à responsabilidade individual, relacionada com a confidencialidade. Aplica-se a toda a informação relativa ao utente; escrita, registos computadorizados, gravações, e-mails, faxes, vídeos, fotografias e outros meios electrónicos. Quando o Fisioterapeuta intervém na comunidade os registos não devem ser deixados no automóvel, mas sim serem transportados e guardados pelo mesmo.

15.2- Os Fisioterapeutas agem de acordo com as recomendações de orientação específicas de segurança das tecnologias de informação.

15.3- Os Fisioterapeutas aderem às orientações da política nacional quando os utentes solicitam a consulta de registos.

Promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta)

Padrão 16

Os utentes são tratados num ambiente seguro tanto para estes como para os Fisioterapeutas e família/cuidadores.

Orientação: De acordo com as recomendações de orientação específicas e legislação nacional sobre estas áreas, em vigor.

Critérios

16.1. É avaliado previamente o risco de qualquer procedimento ou intervenção.

Orientação: Inclui a existência de um manual de risco, contra-indicações e precauções. Também inclui, a verificação dos pavimentos molhados que podem ser perigosos para os utilizadores bem como assegurar a utilização de roupa e calçado adequados.

16.2. A actividade é desenvolvida face aos factores de risco, de forma a minimizar os riscos identificados.

16.3. Os utentes são alertados para a forma de como solicitar a assistência.

16.4. O Fisioterapeuta é capaz de prestar assistência imediata caso esta seja necessária.

Orientação: Inclui o pedido de ajuda a colegas, cuidadores, a equipas de emergência do hospital, a ligação para o número de emergência nacional (112) ou para estabelecimentos privados na comunidade.

16.5. O Fisioterapeuta segue os procedimentos de controlo de infecção.

Orientação: Por exemplo, lavar as mãos, eliminação correcta de material cortante, esterilização de equipamento, tratamento de lixo hospitalar.

16.6. Os acontecimentos adversos devem ser resolvidos e registados.

Fisioterapeutas que trabalham sozinhos

Padrão 17

O Fisioterapeuta toma precauções no sentido de garantir que os riscos de trabalhar sozinho sejam minimizados.

Orientação: Deve estar de acordo com a legislação nacional e recomendações de orientação protocoladas.

Critérios

17.1. Devem ser sempre estritamente observadas as recomendações de orientação e os procedimentos para os Fisioterapeutas que trabalham sozinhos (recomendações a concretizar no futuro).

- 17.2. São estabelecidas ligações entre o Fisioterapeuta que trabalha na comunidade e a sua base (local de referência).
Orientação: Inclui o uso de telemóveis, (deixar com um colega a lista escrita dos utentes que vai visitar, incluindo o nome, morada e número de telefone).
- 17.3. Quando a avaliação do risco o indicar o Fisioterapeuta deve utilizar um alarme pessoal.
Orientação: Devem avaliar-se as necessidades do uso de alarme de acordo com os riscos. Por exemplo, no trabalho na comunidade, fim de semana, ou “estar de prevenção”.
- 17.4. O apoio domiciliário não deve ser realizado sozinho quando existem riscos identificados.
Orientação: Os riscos identificados podem ser riscos físicos, se os utentes apresentam comportamento agressivo, existência de animais, etc. assim como os relacionados com zonas de habitação pouco seguras. Sempre que possível em situações de risco identificado, a visita domiciliária deve coincidir com a de outros profissionais.

Segurança do equipamento

Padrão 18

Todo o equipamento é seguro e adequado à finalidade, no sentido de permitir a segurança do utente, familiar/cuidador e do Fisioterapeuta.

Critérios

- 18.1. É feita a verificação visual e física de todo o equipamento antes de ser utilizado pelo utente.
Orientação; Inclui verificações de rotina tal como o uso e desgaste de eléctrodos e cabos, ventosas, pneus das cadeiras de rodas, etc.
- 18.2- É feita a manutenção do equipamento.
Orientação: Por exemplo, devem ser seguidos os padrões estabelecidos pelos respectivos fabricantes.
- 18.3. O equipamento é limpo segundo as indicações do fabricante e de acordo com as linhas de orientação de controlo de infecção.
- 18.4. Qualquer deficiência do equipamento é registada e comunicada, a quem de direito.
- 18.5. O equipamento avariado é retirado de uso imediatamente.
- 18.6. O Fisioterapeuta actua de acordo com o guia sobre segurança do equipamento.
- 18.7. São minimizados os riscos do equipamento e material eléctrico que o utente utiliza em casa.
Orientação: A instalação eléctrica deve dispor de disjuntor diferencial. Sempre que exista disponível equipamento que opere com bateria, este deve ser utilizado.
- 18.8. São facultadas ao utente/familiares/cuidadores indicações sobre normas de utilização do equipamento.

**Desenvolvimento profissional contínuo e
Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV)**

Padrão 19

O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.

Orientação: Deverá ser realizada em conjunto com os pares ou Coordenador. (referência à declaração de princípio da WCPT sobre Educação 1995).

Critérios

19.1. A avaliação tem em consideração:

- a) - Necessidades de desenvolvimento relacionadas com a melhoria da actual prática clínica;
- b) - feedback de dados da avaliação de desempenho;
Orientação; Os dados de desempenho podem incluir estatísticas, resultados de auditoria ou uma análise de avaliação de resultados.
- c) - requisitos obrigatórios;
Orientação; Pode incluir treino em situações de emergência (fogo, ressuscitação cardio pulmonar, etc.).
- d) - inovações na prática clínica;
- e) - necessidades da organização;
Orientação; O termo organização refere-se a todo o conjunto de serviços, desde o gabinete a uma instituição hospitalar ou Centro de Reabilitação.
- f) - aspirações na carreira profissional.

Padrão 20

O Fisioterapeuta planeia o seu Desenvolvimento profissional contínuo e Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV).

Critérios:

- 20.1. Existe um plano escrito baseado na avaliação das suas necessidade de aprendizagem.
- 20.2.- O plano inclui objectivos de aprendizagem.
Orientação: Os objectivos de aprendizagem devem ser específicos, mensuráveis, exequíveis e escalonados no tempo.
- 20.3. O plano identifica uma série de actividades que irão permitir alcançar os objectivos de aprendizagem.
Orientação: estas actividades devem incluir:
 - Reflexão da prática;
 - estudo independente;
 - leitura relevante em revistas profissionais;
 - participação em encontros para educação;
 - estágios de observação;

- *programas de educação em serviço;*
- *cursos;*
- *auditorias clínicas;*
- *implementação de normas de orientação clínica;*
- *revisão com os pares;*
- *prática tutelada;*
- *contacto com outros grupos de interesse, organizações profissionais ou de utentes;*
- *pesquisa;*
- *partilha de conhecimentos e competências com os outros;*
- *supervisão clínica.*

Padrão 21

Os planos de DPC e ALV são implementados.

Critérios:

21.1. Existe registo escrito que evidencia a implementação dos planos de DPC e ALV.

21.2. O plano é sujeito a pelo menos uma reavaliação de 6 em 6 meses.

Orientação: Será realizado com um par e/ou coordenador/director.

Padrão 22

O Fisioterapeuta avalia os benefícios dos seus DPC e ALV.

Critérios:

22.1- Existe registo de que os objectivos de aprendizagem foram atingidos

Orientação: Se os objectivos de aprendizagem não foram atingidos deve-se perceber e discutir as razões pelas quais não foram realizados, informando na próxima avaliação das necessidades individuais de formação.

22.2. São desenvolvidos novos objectivos para garantir a continuidade dos processos de DPC e ALV.

Glossário

Acesso

Possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde.

Fonte: Justo, C., (2004) - *Acesso aos cuidados de Saúde- Porque esperamos?*, Campo da Comunicação - Lisboa.

Acto em Saúde

Prestação de cuidados de saúde a um indivíduo, que pode consistir numa avaliação, diagnóstico, intervenção, prescrição de uma terapêutica ou sua execução, de acordo com a qualificação do prestador.

Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Alta

Cessação da prestação de cuidados.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Ambiente Seguro

Local onde se verifique o cumprimento dos procedimentos de segurança, relativamente a instalações, equipamento, manuseamento e em consequência se registre sinistralidade zero.

Fonte: Grupo de Trabalho “Padrões de Prática”, APF, 2005

Análise

Estudo pormenorizado dos factos que deram origem aos dados relativos, à ocorrência de um fenómeno

Fonte: Imperatori, E. (1999), *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Edinova-Lisboa

Auditoria clínica

É um processo clínico que envolve a identificação de um tópico, padrões estabelecidos, prática comparada com os padrões, implementação de mudanças e monitorização dos efeitos dessas mudanças.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Avaliação

Um julgamento ou juízo baseado na medida. Processo de atribuição de significado baseado na inter-relação entre os dados.

Terminologia em Inglês - Evaluate

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Avaliação do desempenho

Uma avaliação do desempenho clínico feito por outro fisioterapeuta com conhecimento e experiências semelhantes.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Avaliação do risco

Um método formal de avaliação de riscos potenciais para o doente, profissionais de saúde e empregados. Este inclui o risco clínico, o risco organizacional, o risco legal e o financeiro.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Avaliação Intercalar

Qualquer avaliação realizada durante o episódio de tratamento.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Código Deontológico

Conjunto de normas de comportamento, cuja prática não só é recomendável, como deve servir de orientação nos diferentes aspectos de relação Humana, que se estabelece no decurso do exercício Profissional.

Nele se contém sempre dois tipos de normas uma, que diz respeito aos Princípios Éticos Fundamentais, e um segundo tipo de normas, que embora úteis e mesmo necessárias podem variar no tempo e no lugar.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Comunicação não verbal

O uso dos olhos, sorrisos, ar carrancudo, tom de voz, posição dos braços e pernas, a distância que mantém e se se toca ou não, todos indicam mensagens não verbais para a pessoa que estamos a tratar.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Consentimento Informado

Qualquer intervenção no domínio da saúde que apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento, de forma livre e esclarecida

A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às suas consequências e riscos.

A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.²

Artigo 6º (Protecção das pessoas que não tenham capacidade para consentir)

1- Sob reserva dos artigos 17º e 20º, uma intervenção apenas pode ser efectuada numa pessoa que não tenha capacidade para consentir, para o seu benefício directo.

Fonte: Convenção dos “Direitos do Homem” Convenção de Oviedo. Relativamente ao seu artigo 5º, 6º, 7º, 8º e 9º do Capítulo II

Consulta de Fisioterapia

Acto de assistência prestado por um Fisioterapeuta a um utente podendo consistir em avaliação, diagnóstico, intervenção e aconselhamento com o objectivo de máxima independência funcional e qualidade de vida.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Critério

Componente mensurável de um padrão.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

2- Quando, de acordo com a lei, um menor não tem a capacidade para consentir numa intervenção, a intervenção apenas pode ser efectuada com a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou entidade designada pela lei.

A opinião do menor deverá ser tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

3- Quando, de acordo com a lei, um adulto não tem a capacidade mental para consentir numa intervenção devido a uma incapacidade mental, uma doença ou por razões similares, a intervenção apenas pode ser efectuada com a autorização do seu representante ou de uma autoridade ou de uma pessoa ou entidade designada pela lei.

A pessoa em causa deverá, na medida do possível, tomar parte do processo de autorização.

4- Ao representante, à autoridade, à pessoa ou à entidade mencionados nos parágrafos 2 e 3 deverá ser dada, sob as mesmas condições, a informação referida no artigo 5º

5- A autorização referida nos parágrafos 2 e 3 pode, à qualquer momento ser revogada no interesse da pessoa em causa.

Artigo 7º (Protecção das pessoas que sofrem de doença mental)

A pessoa que sofra de doença mental grave não pode ser submetida sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa doença, a não ser na ausência desse tratamento corra risco de ser gravemente prejudicial á sua saúde e sob reserva das condições de protecção previstas pela lei, abrangendo os procedimentos de vigilância de controlo e de recurso.

Artigo 8º (Situações de urgência)

Quando, devido a uma situação de urgência, o consentimento apropriado não possa ser conseguido, qualquer intervenção medicamente indispensável pode ser imediatamente efectuada para benefício da saúde da pessoa em causa.

Artigo 9º (Desejos previamente expressos)

Os desejos previamente expressos, relativamente a uma intervenção médica, por um paciente que não esteja, no momento da intervenção, em condições de exprimir a sua vontade, deverão ser tidos em consideração.

Cuidado de Saúde

Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as actividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde.

Fonte: *The World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (Gps / Fps), short the World Organization of Family Doctors – WONCA.*

Cuidadores

Pessoas que tomam conta de familiares ou amigos (embora nem sempre vivam na mesma casa) que, devido à incapacidade, doença ou idade avançada não conseguem estar em casa sem ajuda.

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Dados demográficos

Geralmente refere-se aos dados básicos reunidos pelos assistentes sociais, nome, morada, idade, ocupação, religião, etc.

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Diagnóstico médico

É uma decisão clínica obtida como o resultado da avaliação dos sinais e sintomas dos doentes. Geralmente rotula a patologia presente mas não contempla o efeito que a patologia tem na função.

Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Diagnóstico em fisioterapia

Aparece, quer independentemente quer em conjunto com o diagnóstico médico. É geralmente expresso em termos de como uma condição compromete a função do utente (considerar definição de Fisioterapia, WCPT).

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Doente

Incorpora em si conceitos de adesão e passividade - o “súbdito” doente, assim como a diferença de poderes quando os cidadãos estão face aos profissionais de saúde, devido à situação de fragilidade em que normalmente se encontram .

Este conceito exclui a família, os amigos e outros cuidadores, devendo circunscrever-se àquele que está ou se sente doente

Fonte: Relatório Observatório Nacional de Saúde 2001.

Efectividade

Os resultados ou conseqüências de determinado procedimento ou tecnologia quando aplicados na prática. A efectividade de um programa de saúde distinguem-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais.

Terminologia em Inglês - Effectiveness

Fonte: Associação Portuguesa de Economia de Saúde.

Efectividade Clínica

A extensão em que as intervenções clínicas específicas, quando dispostas no campo de um doente ou população em particular, fazem o que tencionaram fazer, isto é, manter e melhorar a saúde e assegurar o maior ganho de saúde possível através dos recursos disponíveis.

Terminologia em Inglês - Clinical Effectiveness

Fonte: Associação Portuguesa de Economia de Saúde.

Eficácia

Os resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal (p. ex. quando todos os indivíduos aderem à terapêutica).

Terminologia em Inglês - Efficacy

Fonte: Associação Portuguesa de Economia de Saúde.

Eficiência

A relação entre recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado

Terminologia em Inglês - Efficiency

Fonte: Associação Portuguesa de Economia de Saúde.

Equipa de cuidados primários

Uma equipa de profissionais de saúde que trabalha em cuidados primários, dela fazendo parte o médico de família, os enfermeiros de saúde pública, visitantes de saúde, etc.

Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Episódio

Período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse primeiro problema ou doença.

Fonte: Glossário para Medicina Geral e Familiar APMCG 1997 – WONCA.

Equipa Clínica

É um grupo de pessoas (profissionais de saúde e outros) que partilham um objectivo comum para alcançar os objectivos clínicos acordados.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Estabelecimento de Objectivos

O que se deseja alcançar. Os objectivos individuais devem ser estabelecidos em parceria com o doente e os cuidadores. Estes devem ser realistas, incluindo o tempo ao fim do qual se deve reavaliar, discutir e modificar.

Fonte : WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Escuta Activa

Método estruturado de ouvir que inclui os seguintes passos: 1º encorajar (demonstrar disponibilidade), 2º respeitar os silêncios (não interromper), 3º reflectir (procurar compreender), 4º resumir (reformular).

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Evidência

Os progressos do conhecimento científico dizem hoje que as decisões em Fisioterapia sejam baseadas em estudos que apresentam resultados fundamentados em metodologias rigorosas e cuja evidência seja aceite como válida pela comunidade científica

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Fiabilidade

Grau de precisão com que um instrumento de medida produz resultados que são reproduzíveis e possuem consistência interna. Não é uma propriedade fixa mas dependente no contexto e da população em que é usada.

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Instrumento de medida

Meio válido, fidedigno, sensível e estandardizado, utilizado para determinar quantidade, qualidade, grau ou extensão de uma determinada característica.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Intervenção

Um ou mais procedimentos realizados com os mesmos objectivos terapêuticos no âmbito de um episódio.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Investigações

Investigações clínicas, refere-se a testes fisiológicos ou laboratoriais, feitos geralmente para possibilitar o diagnóstico ou monitorizar os progressos. Exemplo análise de sangue, RX, tomografias.

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Material Cortante

Qualquer material clínico que contém componentes cortantes: agulhas, vidro, bisturis.

Fonte: WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Medição de Resultado

O resultado é medido em termos de alterações do estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos e deve ser relacionado com o objectivo da intervenção e com os limites reconhecidos dos impactos dos cuidados de saúde. Assim a medição de um resultado de saúde refere-se à diferença entre a primeira e segunda medição do estado de saúde, normalmente influenciada por uma intervenção clínica ou outros factores.

Fonte: Ferreira e Cols, 1997, citado por Gil, J, 1998, in “Qualidade de vida/estado funcional em doentes com problemas lombares- Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde”.

Medida Objectiva

Uma medida que não é afectada pela pessoa que faz essa medida.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Medida de Resultado

A medida de resultados em fisioterapia é um teste ou uma escala aplicada e interpretada por fisioterapeutas que mostrou medir com precisão um atributo específico de interesse para os doentes e terapeutas e que se espera ser influenciado pela intervenção.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Medida Subjectiva

Uma medida que necessita de juízo da parte de quem mede.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Normas de Orientação Clínica (NOCs)

As Normas de Orientação Clínica (NOCs) – designadas em inglês por *guidelines* - têm sido propostas como um modo de apoio à decisão clínica, constituindo-se deste modo como instrumento da qualidade dos actos que envolvem os cuidados do doente. As NOCs possuem o potencial de melhorar os resultados (outcomes), minimizar os riscos e aumentar a eficiência clínica.

O processo de criação de NOCs - que inclui um levantamento de necessidades, o desenvolvimento específico, a implementação, a avaliação, assim como revisões periódicas – é uma actividade complexa que requer experiência e capacidades técnico-científicas, quer no seu desenho, quer na sua implementação.

Uma Norma de Orientação Clínica é um conjunto de recomendações desenvolvidas de maneira sistematizada, e que se destinam a apoiar os Profissionais de Saúde e o utente na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde, em situações clínicas específicas. Constituindo-se deste modo como instrumento de qualidade dos actos de saúde.

Fonte: Instituto de Qualidade e Saúde Ministério da Saúde - Professor Doutor António Vaz Carneiro. Lisboa 2000 Normas de Orientação Clínica (Guidelines).

Outcome

Avaliação de resultado.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Padrão

Recomendação que descreve a amplitude aceitável de cuidados.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Parceria

Termo de origem latina que significa "igual", "semelhante" ou "par". Fazer uma parceria é estabelecer uma relação entre sujeitos, em que os papéis são iguais do ponto de vista dos problemas, num mesmo patamar de igualdade nas decisões, possibilidades e necessidades de solução. Não existe na parceria uma relação de subordinação e de hierarquia. O profissional de saúde e o utente constituem uma unidade decisional.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Portfólio

Instrumento que ajuda os registos individuais e avalia as actividades de aprendizagem levadas a cabo para o desenvolvimento profissional e que providencia um plano de desenvolvimento futuro.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Prática Reflectida

A actividade profissional em que o fisioterapeuta pensa, sob o ponto de vista critico, sobre a sua prática e, como resultado, modificar a sua actuação e comportamento e / ou modificar as suas necessidades de aprendizagem.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Profissionais de Saúde

Inclui qualquer prestador (profissional) de cuidados de saúde, detentor de um Diploma reconhecido pelo Ministério da Educação.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Recolha de Dados

Medição, quantificação ou atribuição de qualquer valor ou marca a determinada característica.

Terminologia em Inglês - Assessment

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Recolha de dados/ciclo de intervenção

Este é um processo cíclico que descreve o processo clinico ponderado, desde a recolha de informação e de dados, planeamento, implementação, actos de avaliação e transferência de cuidados/alta.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Registos do Utente

O registo do utente refere-se a qualquer registo que contém detalhes sobre o doente: Inclui, por exemplo, notas escritas, fax, vídeos, fotografias, registos informáticos. Significam genericamente registos de fisioterapia e são usados em separado do conjunto de registos de outros profissionais.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Resultados

O que acontece (ou não acontece) em resposta aos cuidados ou serviços prestados. Podem ser desejados ou indesejados. Os resultados são a parte final de um processo de cuidados que pode ser atribuído à intervenção. Podem ser definidos pelo doente ou pelo fisioterapeuta.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Resultado em Saúde

Corresponde à mudanças ocorridas no estado de saúde e bem estar dos utentes, como consequência dos cuidados de saúde que lhe foram prestados, ou como consequência da ausência desses cuidados.

Fonte: Donabidien, 1980; citado por Gil, J, 1998, in “Qualidade de Vida/Estado Funcional em Doentes com Problemas Lombares- Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde”.

Resumo de Alta

Um resumo de um episódio de cuidados, que geralmente descreve o tratamento e os cuidados continuados necessários.

Fonte: Direção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Sensibilidade

Sensibilidade à mudança. Capacidade de uma medida de detectar alterações clínicas importantes ao longo do tempo e de interesse para o doente.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Serviço Domiciliário

Conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas, doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE)

“Skill mix”

Mistura de *skills* que os profissionais de saúde possuem e que são necessários para prestar um serviço. Isto refere-se ao grau de mistura entre uma profissão e/ou a combinação de várias profissões dentro de uma equipa.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

TENS

Estimulação eléctrica nervosa transcutânea. Os equipamentos de TENS trabalham de modo a estimular as terminações nervosas, libertando as endorfinas naturais. Geralmente utilizado para o alívio da dor.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Transferência de cuidados

O termo que descreve o processo de responsabilidade de cuidados de um serviço para outro. Inclui, secundariamente, referências ou altas.

Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Tratamento

Acto terapêutico realizado num doente por um profissional de saúde.

Fonte: Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Utente

Este termo incorpora em si uma perspectiva de cidadania. A pessoa não é encarada como um simples consumidor de serviços de saúde, mas num conceito mais amplo que inclui doentes, futuros eventuais doentes e cuidadores. Tem como limitação não representar perfeitamente a relação próxima entre prestadores e receptores de cuidados de saúde.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Supervisão clínica

Tempo estabelecido para uma análise crítica da prática clínica, geralmente com um fisioterapeuta com mais experiência, mais qualificado ou um par.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Valências

Conjunto de meios humanos e físicos que permite a aplicação de saberes específicos.

Fonte: Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APF, 2002.

Validade

Grau de precisão com que um instrumento de medida teste mede aquilo a que se propõe medir. Não é uma propriedade fixa, mas dependente do contexto e população em que é utilizada.

Fonte: WCPT, 2001; “*Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

ANEXOS

- Descrição de Fisioterapia (WCPT)
- Carta dos Direitos e Deveres do Doente
- Declaração de Princípios Éticos aprovados na 13ª Assembleia Geral da WCPT
- Legislação sobre Controlo de Infecção
- Legislação sobre Segurança
- Documento de Consentimento Informado

