

Modelo de relatório de alta de Fisioterapia: Validação de conteúdo

Model for transfer of care/discharge report in Physiotherapy:
Content validity

Sílvia Salvador^{1,2}, Conceição Bettencourt³, Sandra Alves^{1*}

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa;

² Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente;

³ Centro Hospitalar Lisboa Central – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.

Pressupostos Teóricos: Este estudo tem por objectivo elaborar e validar um modelo de Relatório de Alta de Fisioterapia e respectivas instruções de preenchimento, que sume o episódio de cuidados de fisioterapia com a informação mais pertinente para o utente, familiares, cuidadores e profissionais, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados ou a manutenção do seu estado de saúde.

Metodologia: A um painel *Delphi* de 13 peritos (11 no final) nas áreas clínicas principais (cardio-respiratória, músculo-esquelética e neuro-muscular), na gestão ou envolvidos na elaboração dos Padrões de Prática, foram aplicadas três rondas de questionários semi-estruturados para definir o grau de concordância da inclusão de 14 itens e instruções.

Resultados: Ao longo do estudo foram sugeridas profundas alterações no modelo, gerando-se maior controvérsia em torno dos conceitos de Alta e Diagnóstico em Fisioterapia.

Conclusões: No final, foi obtido um consenso de 94% para nove dimensões (quatro de forma unânime) e respectivas instruções de preenchimento. Foram manifestadas algumas reservas na utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Diagnóstico em Fisioterapia, sugerindo acções para a sua melhor implementação. Estudos futuros deverão apontar para a aplicação deste modelo no contexto clínico, procurando-se estimular a melhor utilização de registos clínicos e promover a interacção com o utente, outros profissionais e a sociedade.

Theoretical Assumptions: The goals to achieve with this study are the development and the validation of a Model for transfer of care/discharge Report in Physiotherapy and the correspondent instructions to fill in the report. This report should summarize the incident of physiotherapy cares with the most relevant information for the patient, family and other health care professionals so that the continued care can be facilitated or the health state kept.

Methodology: Three semi-structured questionnaires were sent to a Delphi panel of 13 experts (11 in the end) from the main clinical areas (cardiorespiratory, musculoskeletal and neuromuscular), of clinical management or responsible for the Core Standards. Their aim was to establish the degree of accord about the inclusion of 14 items and instructions.

Results: Throughout the study several profound changes to the document were proposed, which gave rise to a big controversy about the main concepts of transfer of care/discharge and Diagnosis in Physiotherapy.

Conclusions: At the end, a majority of 94% of the participants agreed in nine dimensions (four of which were agreed by unanimity) and the correspondent instructions to fill in the Form. Some issues on the use of ICF for the diagnosis in Physiotherapy were raised and actions to improve its performance were suggested. A further study should be dedicated to the application of the model to the real clinical environment, in order to motivate the best use of clinical records and to promote the interaction with the patient, other health care professionals and the general public.

PALAVRAS-CHAVE: *Qualidade; Relatório de Alta de Fisioterapia; Diagnóstico em Fisioterapia; CIF; Validação de conteúdo; Painei Delphi.*

KEY WORDS: *Quality of service; Transfer of care/discharge Report; Diagnosis in Physiotherapy; ICF; Content validity; Delphi panel.*

* **Correspondência:** Sandra Alves. Email: salves@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

A evolução actual das políticas sociais e de saúde tem potenciado o envolvimento da Fisioterapia em parcerias multidisciplinares, nomeadamente na colaboração com equipas de cuidados continuados integrados, conducentes a novas estratégias de resposta às necessidades dos cidadãos em situação de dependência (Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Estas redes assistenciais dependem em grande parte de equipas situadas em hospitais de agudos, responsáveis pela gestão de altas e encaminhamento do utente, de forma articulada com os recursos da rede. Sendo o alvo preferencial os utentes com elevado grau de dependência ou que careçam da sua avaliação mais precisa, o papel dos fisioterapeutas parece ser determinante, privilegiado pelo seu domínio dos aspectos relacionados com o movimento, a funcionalidade e a autonomia, no que constituem o cerne das suas estratégias de intervenção habituais e da definição do próprio Diagnóstico em Fisioterapia (Coffin-Zadai, 2007; Finger, Cieza, Stoll, Stucki & Huber, 2006; Higgs, Refshauge & Ellis, 2001; Jette, 2006; Jones, Edwards & Gifford, 2002).

Assim, há necessidade de demarcar a importância da inclusão do contributo do fisioterapeuta, desde logo no conteúdo mínimo da documentação mais pertinente, nomeadamente no processo clínico e no relatório de alta produzido e difundido pela referida equipa de gestão, mas igualmente pela articulação a nível organizacional no âmbito da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, responsável pela condução, coordenação e acompanhamento das estratégias de operacionalização da Rede (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF], 2007b).

Estes novos desafios tornaram os registos clínicos e a comunicação um factor crucial, não só para a qualidade dos sistemas de saúde, como para a visibilidade e protagonismo dos profissionais

envolvidos (Atwal & Caldwell, 2002; Sulch, Evans, Melbourn, Kalra, 2002).

As preocupações com a Qualidade na Saúde e na Fisioterapia, em particular, têm encaminhado as organizações profissionais a implementar normas e padrões de boa prática, indo ao encontro da satisfação das necessidades de utentes, profissionais e instituições, com a prestação de cuidados optimizados e a custo razoável (World Confederation for Physical Therapy, 2003).

Com esse objectivo, foram levadas a cabo algumas acções para o desenvolvimento e disseminação de padrões de prática em Fisioterapia, culminando na sua edição e na procura de estimular a sua aplicação entre os profissionais. Entre outros aspectos, esses padrões consideram a relevância da elaboração de registos e a tomada de providências para a alta do utente (APF, 2005a, 2005b).

Não obstante as experiências pessoais ou institucionais que adoptaram o seu próprio modelo de Relatório de Alta, não foi possível identificar nenhum estudo que tivesse procurado adequar um formato do registo de alta à realidade portuguesa, numa perspectiva de âmbito generalista da intervenção dos fisioterapeutas.

A própria produção de registos clínicos em Fisioterapia parece padecer de alguma falta de consistência e da desmotivação dos profissionais, à semelhança do que parece ser um fenómeno mais generalizado, sobretudo em profissões marcadas por uma orientação eminentemente prática (Pittman, Morton, Edwards & Holmes, 1992; Quinn & Gordon, 2003; Stamer, 1995).

Myers, Jaipaul, Kogan, Krekun, Bellini & Shea (2006) apontam para a introdução de treino tutelado da elaboração de registos clínicos nos planos curriculares como forma de melhorar significativamente a qualidade do desempenho dessa tarefa. Gumery et al. (2000) notaram igualmente que a implementação num serviço de um programa de desenvolvimento

interno dos padrões de prática tem o efeito de melhorar significativamente a qualidade dos registos.

Dos encontros e sessões práticas promovidas nesse sentido com os fisioterapeutas, directamente nos seus locais de trabalho, em acções de formação com a parceria da APF, resultou um trabalho de aplicação prática de um dos padrões, relativo à elaboração de um modelo de relatório de alta / transferência de fisioterapia (Martins, Martins, Salvador & Seguro, 2005).

Ainda que o grupo de trabalho responsável pela sua autoria tenha procurado validar o seu conteúdo, a partir das propostas de correcção recolhidas por questionário entre os fisioterapeutas da equipa onde decorreu a formação, este modelo carecia de uma validação mais ampla, que abrangesse as áreas de aplicação clínica do âmbito geral da fisioterapia, nomeadamente nas condições músculo-esqueléticas, neuro-musculares e cardio-respiratórias, bem como em diferentes contextos ambientais ou configurações organizacionais.

Assumindo-o como um estudo-piloto, pretendeu-se dar-lhe continuidade, tendo como objectivo elaborar e validar o conteúdo de um modelo de Relatório de Alta de Fisioterapia, a partir dos Padrões de Prática recomendados pela APF, de uma revisão da literatura sobre os registos em fisioterapia e da consulta de peritos.

Procurou verificar-se a possibilidade de definição de um modelo aplicável às áreas clínicas mais comuns na prática dos fisioterapeutas, de acordo com a realidade portuguesa, de forma a construir uma ferramenta útil no processo de planeamento da alta dos utentes, no final do episódio de cuidados.

A validação do seu conteúdo presumiu confirmar se o enunciado proposto preenchido pelos fisioterapeutas de acordo com as linhas orientadoras respectivas, era representativo das intenções ou objectivos pretendidos, ou seja, se caracterizava de forma resumida o episódio de cuidados e fornecia a informação mais pertinente ao utente, familiares, cuidadores e outros profissionais, em torno do estado de saúde do utente, dos cuidados que lhe foram

prestados e dos que venha a necessitar.

Procurou assim constituir-se um instrumento de comunicação eficaz, a partir do registo e transmissão de dados que facilite a eventual continuidade dos cuidados ou manutenção do estado actual de saúde do utente.

METODOLOGIA

Foi seguida uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, de desenho não-experimental metodológico.

Ultrapassada a fase prévia do desenho metodológico (Grey, 2001; LoBiondo-Wood & Haber, 2001) com a definição do construto a ser medido, a formulação dos itens do instrumento e das instruções para os seus utilizadores, foi possível passar à fase de validação do seu conteúdo a partir da consulta a peritos (Fortin & Nadeau, 2003; Shepard, 1993).

Foi constituído para o efeito um painel de peritos de modo a ser representativo do domínio em questão e competente para julgar a pertinência do enunciado de um modelo de Relatório de Alta de Fisioterapia e respectivas instruções de preenchimento, para efeitos dos objectivos pretendidos, sugerindo alterações em conformidade, até à obtenção de um modelo consensual.

Nesse sentido, foi aplicado o método *Delphi* em três rondas de consulta a um painel que incluiu dois fisioterapeutas de cada uma das três áreas clínicas principais (cardio-respiratória, músculo-esquelética e neuro-muscular), dois na área da gestão e cinco envolvidos na elaboração dos Padrões de Prática (13 no início e 11 no final da terceira ronda).

Foram realizados inquéritos semi-estruturados, incluindo em cada ronda um questionário com uma escala nominal do tipo *Likert* de cinco pontos (Fortin & Nadeau, 2003), para determinação do grau de concordância da inclusão no modelo de Relatório de 14 itens em seis dimensões iniciais e respectivas

instruções de preenchimento, incluindo respostas abertas para sugestões, justificações e comentários sobre os itens e a adequação geral do modelo.

O grau de consenso passou pelo cálculo da frequência relativa média das respostas dos peritos com cotação correspondente a uma concordância sem reservas da inclusão de um determinado item ou dimensão. Seria aceitável uma convergência de opiniões superior a 75% de concordância para a obtenção de consenso, conforme a maioria dos estudos aponta, expectável em três rondas (Bowles, 1999; Ortiz & Robalo, 2006).

O método *Delphi* tem sido habitualmente usado como forma de obtenção de consenso sobre matérias mais complexas e onde a evidência é escassa por ausência de estudos prévios, seja na determinação das necessidades de um grupo particular de utentes (Jones & Hunter, 1995), podendo considerar-se o caso do momento da alta uma particularidade, ou na validação de conteúdo no processo de adaptação linguística e cultural de instrumentos de medida, largamente utilizado na Fisioterapia em Portugal (Santos, Ramos, Estêvão, Lopes & Pascoalinho, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os peritos usaram as três rondas para sugerir profundas alterações no modelo inicial, indo ao encontro das expectativas previstas para cada ronda (53%, 74% e 94% na média da concordância em cada ronda). O intervalo de tempo entre rondas foi variável, tendo da primeira para a segunda decorrido 12 semanas e da segunda para a terceira oito semanas. Esta variação de tempo deveu-se ao tempo de resposta dos peritos ter sido variável.

Segundo Graham, Regehr & Wright (2003) uma maior divergência inicial e fornecimento de grande volume de material para gerar conhecimento e definir o espectro do construto em discussão, permite de seguida um apuramento das dimensões mais relevantes, com a consolidação da estrutura definitiva na última consulta, potenciada pelo reforço do *feedback* fornecido aos peritos sobre as respostas

anteriores e a evolução do posicionamento dos itens com a reorganização das dimensões, acrescido de alguma informação adicional sobre as questões que justificaram maior discussão.

Os pontos mais polémicos situaram-se em torno da caracterização da alta e do formato para o diagnóstico em fisioterapia.

Concretamente, foi necessária alguma adaptação aos conceitos vigentes de alta (Instituto Nacional de Estatística, 2007), contornando a pretensão de sistematizar as circunstâncias da alta de um utente a partir da existência de um “parecer”, favorável ou não, aparentemente desprovido de uma desejável parceria com o utente e com a equipa, sendo antes da responsabilidade de uma autoridade.

O elemento central da outra questão foi a forma de registo do Diagnóstico em Fisioterapia, que levantou um aparente dilema: por um lado, faz sentido seguir as orientações que apontam para a utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela sua proximidade com a natureza e o âmbito da Fisioterapia (APF, 2007a; Finger et al., 2006; Sykes, 2007); por outro, o seu formato não está suficientemente divulgado entre os fisioterapeutas e inclusivamente não era familiar para alguns dos próprios peritos.

Ao final das três rondas, foi possível obter uma convergência de posições que, após eliminação, modificação ou criação de itens ou dimensões, permitiram dar consistência a uma estrutura de Relatório de Alta de Fisioterapia e respectivas linhas orientadoras (Apêndice A), em que prevaleceram nove dimensões, até à obtenção de consenso.

As dimensões identificadas foram (entre parêntesis, o grau de concordância entre peritos):

- Identificação do prestador de cuidados (100%);
- Identificação do utente (100%);
- Episódio de cuidados em fisioterapia (91%);
- Caracterização da alta de fisioterapia (91%);
- Condição inicial (82%);
- Objectivos e intervenção (91%);
- Condição actual (91%);

- Recomendações ao utente (100%);
- Identificação do autor do Relatório (100%).

A ausência de dois dos treze peritos que iniciaram a primeira ronda não alterou a representatividade do painel, uma vez que não pertenciam à mesma área pela qual foram seleccionados. O número total de peritos na terceira e última ronda manteve-se dentro dos parâmetros aceitáveis para o tipo de estudo (Akins, Tolson & Cole, 2005; Santos et al., 2005).

Não deixa, no entanto, de ser discutível a homogeneidade ou representatividade do grupo, desde a própria definição dada ao conceito de “perito” (Baker, Lovell & Harris, 2006; Bowles, 1999). O tipo de prática clínica que efectivamente cada um dos participantes exerce, ou a consideração das três principais áreas clínicas como de facto representativa da abrangência da Fisioterapia, constituem no todo alguma fragilidade da metodologia seguida. A generalização das conclusões tem portanto que ser prudente (Jones & Hunter, 1995).

O tempo dispendido para a conclusão do estudo terá sido um factor limitativo para garantir maior sequência ou continuidade nas respostas dadas, com o efeito de quebra de ritmo entre as rondas e potencial esquecimento ou perda da coerência do raciocínio seguido anteriormente.

Outra limitação do estudo é representada pela influência da subjectividade dos autores na interpretação das respostas e, de uma forma geral, no modo como foi estruturada e apresentada a informação para apreciação. O *feedback* dado no início da terceira ronda terá provavelmente produzido uma forte influência na percepção sobre as respostas dadas anteriormente (o que está previsto na metodologia), mas também pela informação adicional que serviu de suporte às decisões tomadas.

No entanto, não deixa de ser controversa a conotação negativa dada (por rigor purista da metodologia científica, com pendor quantitativo), já que o reconhecimento da natureza subjectiva da investigação qualitativa e a compreensão de que os investigadores afectam o que é estudado, mas com a potencialidade de fornecer riqueza à colheita e à

análise dos dados, é fundamental para a produção da pesquisa neste tipo de estudos (Streubert & Carpenter, 2002).

CONCLUSÕES

Foi obtido um consenso de 94% para um modelo de nove dimensões (quatro de forma unânime) e respectivas instruções de preenchimento, sendo que em todas as dimensões foi obtido um grau de concordância entre 82% e 100%.

Estudos futuros implicarão necessariamente a aplicabilidade prática do modelo de Relatório na realidade clínica, já que as conclusões não terão validade por si mesmo, sendo antes as aplicações do instrumento que são válidas no contexto próprio, carecendo portanto de um teste da sua aplicação em concreto (Fortin & Nadeau, 2003; Jones & Hunter, 1995).

Uma consequência directa da aplicação prática do modelo de Relatório será a proposta da sua integração na documentação considerada pelas equipas multidisciplinares de gestão de altas, nas instituições e nas equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Este instrumento poderá assim contribuir para fomentar uma maior interacção do fisioterapeuta com o utente e com outros profissionais, podendo representar o motor para o estabelecimento de relações de trabalho em equipas multidisciplinares, bem como um elemento facilitador da interacção do fisioterapeuta na sociedade, pelo contributo deste registo para os aspectos económicos, fiscais e legais da prestação de cuidados de fisioterapia.

Das reservas demonstradas sobre a aplicação da CIF como modelo para a determinação do Diagnóstico em Fisioterapia, levanta-se a sugestão de promover o seu desenvolvimento e implementação entre os fisioterapeutas, dada a forte evidência da sua importância e a pressão das entidades representativas da profissão.

Este estudo contribuiu para aumentar o corpo de conhecimentos nesta área, na ausência de referências específicas sobre a adequação à realidade portuguesa e à abrangência da fisioterapia, de um formato de registo das notas elaboradas no momento da alta pelos fisioterapeutas. Espera-se que o mesmo estimule outros projectos que motivem um maior desenvolvimento e implementação dos registos clínicos, fundamental para a credibilidade do Processo de Fisioterapia.

No cômputo geral foi possível alcançar os objectivos propostos no início do estudo, obtendo-se como resultado final a proposta de um modelo de Relatório de Alta de Fisioterapia, equilibrado na sua extensão e contemplando todos os aspectos relevantes, que pode constituir um instrumento de comunicação útil e de utilização abrangente, contribuindo desta forma para a Qualidade dos serviços prestados e para a visibilidade e valorização da Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

- Akins, R. A., Tolson, H. & Cole, B. R. (2005). Stability of response characteristics of a *Delphi* panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Medical Research Methodology*, 5 (37), 1-12.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF] (2005a). *Fisioterapia - Padrões de prática* (3.ª ed.). S. Domingos de Rana: APF.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF] (2005b). *Instrumentos de auditoria aos padrões de prática*. S. Domingos de Rana: APF.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2007a). *Definições de Fisioterapia e Fisioterapeuta*. S. Domingos de Rana: APF [on-line]. Disponível: <http://www.apfisio.pt/Ficheiros/definicoes.pdf>. Consulta em: 12/05/2007.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2007b). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – A intervenção sectorial: Um desafio partilhado. Relatório da Reunião Internacional, Lisboa, 19/05/2007. *Boletim Informativo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, Maio, 4-5.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 360-367.
- Baker, J., Lovell, K. & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within *Delphi* panel techniques. *Nurse Researcher*, 14 (1), 59-70.
- Bowles, N. (1999). The *Delphi* technique. *Nursing Standard*, 13 (45), 32-36.
- Coffin-Zadai, C. A. (2007). Disabling our diagnostic dilemmas. *Physical Therapy*, 87 (6), 641-653.
- Finger, M. E., Cieza, A., Stoll, J., Stucki, G. & Huber, E. O. (2006). Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: A *Delphi* exercise. *Physical Therapy*, 86 (9), 1203-1220.
- Fortin, M.-F. & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M.-F. Fortin, (Ed.), *O Processo de investigação. Da concepção à realização* (3.ª ed.) (pp. 215-237). Loures: Lusociência.
- Graham, B., Regehr, G. & Wright, J. G. (2003). *Delphi* as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56 (12), 1150-1156.
- Grey, M. (2001). Método de coleta de dados. In G. LoBiondo-Wood & J. Haber (Eds.), *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4.ª ed.). (pp. 174-185). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Gumery, L. et al. (2000). Do physiotherapy records meet professional standards? Commitment to good practice and improved patient care through audit within the Birmingham Heartlands Adult Cystic Fibrosis Centre. *Physiotherapy*, 86 (12), 655-659.
- Higgs, J., Refshauge, K. & Ellis, E. (2001). Portrait of the physiotherapy profession. *Journal of Interprofessional Care*, 15 (1), 79-89.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde* [on-line]. Disponível: <http://conceitos.ine.pt/pesquisa2.asp>. Consulta em: 20/06/2007.
- Jette, A. M. (2006). Toward a common language for function, disability, and health. *Physical Therapy*, 86 (5), 726-734.
- Jones, J. & Hunter, D. (1995). Qualitative research: Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 311 (7001), 376-380.
- Jones, M., Edwards, I. & Gifford, L. (2002). Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy*, 7 (11), 2-9.

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). Desenhos não-experimentais. In G. LoBiondo-Wood & J. Haber (Eds.), *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.) (pp, 110-121). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Myers, J. S., Jaipaul, C. K., Kogan, J. R., Krekun, S., Bellini, L. M. & Shea, J. A. (2006). Are discharge summaries teachable? The effects of a discharge summary curriculum on the quality of discharge summaries in an internal medicine residency program. *Academic Medicine*, 81 (10 Suppl.), S5-8.
- Ortiz, J. & Robalo, L. (2006). Modelo teórico de ensino dos exercícios para o pavimento pélvico – Método de *Delphi*. *EssFisiOnline*, 2 (2), 3-23.
- Pittman, L., Morton, W., Edwards, L. & Holmes, D. (1992). Patient discharge planning documentation in an Australian multidisciplinary rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing*, 17 (6), 327-331.
- Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, Decreto-Lei n.º 101/2006 (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). DR 109/2006 SÉRIE I-A de 2006-06-06, p. 3856-3865.
- Quinn, J. & Gordon, J. (2003). *Functional outcomes documentation for rehabilitation*. St. Louis: Saunders.
- Santos, A. P., Ramos, N. C., Estêvão, P. C., Lopes, A. M. & Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em Fisioterapia. *Re(habilitar)*, 1, 131-156.
- Martins, A., Martins, R., Salvador, S. & Seguro, T. (2005). *Projecto de elaboração e implementação de uma folha de Relatório de Alta / Transferência de Fisioterapia e respectivos guidelines*. Lisboa: Hospital de Pulido Valente, S. A. - Centro de Formação de Pessoal.
- Shepard, K. F. (1993). Questionnaire design and use. In C. E. Bork (Ed.), *Research in physical therapy* (pp, 176-204). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Stamer, M. (1995). *Functional documentation: A process for the physical therapist*. Tucson: Therapy Skill Builders.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sulch, D., Evans, A., Melbourn, A. & Kalra, L. (2002). Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 175-179.
- Sykes, C. (2007). Health classifications 2 – Using the ICF in clinical practice. WCPT Keynotes / ICF. London: WCPT [on-line]. Disponível: <http://www.wcpt.org/common/docs/keynotes/ICF2.pdf>. Consulta em: 18/08/2007.
- World Confederation for Physical Therapy (2003). *Declarations of principle and position statements - Quality care* (Approved at the 13th General Meeting of WCPT, June 1995 and revised at the 15th General Meeting of WCPT, June 2003). London: WCPT [on-line]. Disponível: www.wcpt.org/common/docs/WCPTPolicies.pdf. Consulta em: 12/05/2007.

APÊNDICE

Modelo de Relatório de Alta de Fisioterapia e instruções de preenchimento (versão final).

**IDENTIFICAÇÃO DO
PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE
(INSTITUIÇÃO OU PROFISSIONAL)**

UTENTE

Processo nº: _____

Nome _____

Género: Masc. ☐ Fem. ☐ Data nasc.: --

Regime de atendimento:

☐ ambulatório

☐ domiciliário

☐ internamento

(nome do serviço de especialidade / valência do internamento / quarto / cama)

Data de início de Fisioterapia: --

Data de alta de Fisioterapia: --

Nº sessões de Fisioterapia:

RELATÓRIO DE ALTA DE FISIOTERAPIA

Alta por Transferência

☐ interna: _____
(nome do serviço de especialidade / valência do internamento)

☐ externa: _____
(nome do estabelecimento de saúde)

Alta para Ambulatório

☐ neste estabelecimento de saúde

☐ noutra estabelecimento de saúde

(nome do estabelecimento de saúde)

Alta para Serviço Domiciliário

☐ em residência assistida, lar ou instituição afim

(nome da instituição)

☐ na própria residência ou na de familiares / cuidadores

☐ alta com cessação da prestação de cuidados

☐ alta por abandono do utente

☐ alta a pedido do utente

☐ alta por óbito

Observ.: _____

RESUMO CLÍNICO

Condição Inicial

Diagnóstico médico/
cirúrgico ou condição de
saúde inicial e síntese
da história anterior

**DIAGNÓSTICO
EM FISIOTERAPIA**

- Resumo dos
principais
problemas que
orientaram
a intervenção

Deficiências (estrutura e função do corpo)

Limitações da actividade e restrições da participação

Factores contextuais (ambientais e pessoais)

Objectivos e Intervenção

Condição Actual

Recomendações ao Utente

Fisioterapeuta Responsável

Assinatura

N.º Cédula Prof: _____

Contacto telefónico: _____ ext: _____

Endereço electrónico: _____

Data

□□-□□-□□□□

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO DE ALTA DE FISIOTERAPIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

- 1.1. Logótipo, sigla ou entidade (forma jurídica) da organização de saúde (instituição e / ou serviço) onde o fisioterapeuta está inserido (de acordo com as normas da organização), ou timbre do próprio enquanto profissional individual, no desempenho de actividade autónoma.

2. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- 2.1. Número do processo clínico de registo do utente pelo prestador de cuidados, caso exista.
- 2.2. Nome e dados demográficos simples: género e data de nascimento (dia-mês-ano).

Nota: Na existência de uma vinheta de utente em uso numa organização de saúde, recomenda-se que este item passe a incluir um espaço para colagem da mesma, em substituição dos elementos que nela constem.

3. EPISÓDIO DE CUIDADOS EM FISIOTERAPIA

- 3.1. Defina o regime actual de atendimento do utente à data de alta. Se internado, localize de forma inequívoca o utente na organização de saúde. Adaptar de acordo com a existência de vinheta do utente.
- 3.2. Determine as datas de início e fim do episódio de cuidados em Fisioterapia (dia-mês-ano) e número total de sessões.

4. CARACTERIZAÇÃO DA ALTA DE FISIOTERAPIA

- 4.1. Defina em que circunstância se processa a alta do utente: com ou sem continuidade da prestação de cuidados.
- 4.2. No caso da continuidade dos cuidados, defina se a alta é realizada por transferência interna ou externa, para atendimento ambulatorio no mesmo ou em outro estabelecimento de saúde ou para prestação de assistência domiciliária. Identifique o serviço de especialidade / valência do internamento, estabelecimento de saúde ou instituição de destino, conforme o caso.
- 4.3. Registe a situação de alta quando ela se tenha dado por abandono, a pedido do utente ou por óbito, colocando em observações qualquer comentário que melhor clarifique as circunstâncias da alta.

5. CONDIÇÃO INICIAL

- 5.1. Informação clínica do diagnóstico médico/cirúrgico ou condição de saúde inicial e síntese da história anterior (ex: artroplastia total da anca direita cimentada, em [data], por coxartrose à direita na sequência de fractura do colo do fémur...). Se possível usar a Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10).
- 5.2. Estabeleça o Diagnóstico em Fisioterapia com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, descrevendo a incapacidade resultante da interacção negativa do utente com a condição de saúde descrita atrás e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais) em termos das deficiências apresentadas, das limitações da sua actividade e das restrições da sua participação.

“Deficiências” refere-se a problemas nas funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e/ou nas estruturas do corpo (partes anatómicas como órgãos, membros e seus componentes). Exemplos: 1) dor irradiada, parestesias e diminuição da força num membro inferior por compromisso radicular devido a hérnia discal lombar; 2) hemiplegia direita por lesão isquémica do hemisfério cerebral esquerdo; 3) dispneia ao esforço por hipoxémia e obstrução das vias aéreas numa DPOC.

“Limitações da Actividade” refere-se às dificuldades que um indivíduo pode ter na capacidade de execução de uma tarefa ou acção. Exemplos na sequência dos anteriores, respectivamente: 1) dificuldade em estar sentado e carregar com pesos; 2) dificuldade nas tarefas de autocuidado; 3) dificuldade em subir e descer escadas.

“Restrições da Participação” refere-se aos problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido no desempenho de situações da vida real. Exemplos respectivos: 1) impossibilidade de levar o bebé à creche e permanecer no posto de trabalho (secretária); 2) dependência de terceiros na ausência de familiares directos e consequente institucionalização; 3) impossibilidade de ajudar a esposa nas compras e isolamento social pelo constrangimento causado pela tosse e expectoração frequentes.

“Factores contextuais” refere-se às influências externas e internas sobre a funcionalidade e a incapacidade e constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Inclui: 1) aspectos ambientais como o mundo físico à volta relacionado com o domicílio, o local de trabalho ou a escola; o contacto directo com outros indivíduos (família, conhecidos, colegas, estranhos), ou as estruturas sociais e culturais formais e informais como serviços comunitários, meios de transporte, organismos governamentais, leis, atitudes ou ideologias; 2) aspectos pessoais como o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo, a idade, género, etnia, condição física, hábitos, carácter, características psicológicas, educação e instrução ou actividade profissional.

Deverá resultar uma perspectiva resumida dos principais problemas do utente que orientaram a intervenção da Fisioterapia. Se aplicável, incluir *scores* de instrumentos de medida padronizados e validados em Portugal.

6. OBJECTIVOS E INTERVENÇÃO

- 6.1. Os objectivos da intervenção devem ser descritos de forma breve e com base no Diagnóstico em Fisioterapia, seguidos dos aspectos mais relevantes da intervenção. São dispensados pormenores quanto aos conteúdos da intervenção / dose terapêutica (métodos, técnicas e procedimentos, repetições, posicionamento, etc.), excepto se indispensáveis para a boa continuidade dos cuidados.
- 6.2. Poderá ser referida a adequação da intervenção à evolução do utente ao longo do episódio de cuidados, incluindo a data de início das alterações introduzidas, se relevante.
- 6.3. A referência à intervenção de outros profissionais de saúde poderá justificar-se caso esta tenha decorrido com frequência ou em simultâneo, no mesmo acto de prestação de cuidados ao utente.

7. CONDIÇÃO ACTUAL

- 7.1. Caracterizar a estado de saúde / funcionalidade à data de alta. Seguir o mesmo modelo ou instrumentos usados para o estabelecimento da condição inicial, para uma comparação válida.
- 7.2. Caso os objectivos propostos ou os resultados esperados não tenham sido alcançados, deverão ser mencionadas as razões para esse resultado, e para a determinação da alta.
- 7.3. Apontar para os objectivos cuja importância justifica ainda virem a ser atingidos pelo utente, na continuação dos cuidados, referindo os factores que sustentam essa proposta.

8. RECOMENDAÇÕES AO UTENTE

- 8.1. O plano de alta deverá incluir de forma sucinta toda a informação escrita ou verbal dada ao utente ou próximos (família, cuidadores, pessoa mais significativa), relacionada com a continuidade dos cuidados ou para assegurar a manutenção do estado de saúde actual, conforme apropriado.

Exemplos:

- 8.1.1. Programa domiciliário proposto;
- 8.1.2. Informações de serviços adicionais (Centro de Saúde; Médico de Família, Serviços de Enfermagem, etc.), na ausência de outro profissional que as providencie;
- 8.1.3. Recomendações para os Cuidados Continuados Integrados / Cuidados de Fisioterapia;
- 8.1.4. Ensino da família, dos cuidadores ou pessoa mais significativa;
- 8.1.5. Folhetos informativos (anexados à nota de alta) e equipamento fornecidos;
- 8.1.6. Outros aspectos relevantes para a integração do utente na nova fase (casa, família, comunidade, etc.).

9. IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR DO RELATÓRIO

- 9.1. Identificação do Fisioterapeuta (nome legível e número da Cédula Profissional), excepto se estes dados já estiverem explícitos no item 1, no caso de actividade profissional autónoma do Fisioterapeuta.
- 9.2. Telefone de contacto / extensão correspondente e endereço electrónico (*e-mail*) da organização de saúde ou do Fisioterapeuta (no caso de actividade profissional autónoma).
- 9.3. Assinatura do Fisioterapeuta e data.

Nota: A concretizar-se a hipótese em estudo de uma vinheta para o Fisioterapeuta, recomenda-se que este item passe a incluir um espaço para colagem da mesma, em substituição dos elementos que nela constem.