

EUROPEAN REGION OF THE
WORLD CONFEDERATION
FOR PHYSICAL THERAPY



HEALTH POLICY
STATEMENT

OF THE
EUROPEAN REGION OF WCPT

REVISED and ADOPTED at the
General Meeting 25-27 May 2006
Šibenik, Croatia

REVISED HEALTH POLICY STATEMENT

**European Region of the
World Confederation for Physical Therapy (WCPT)**

CONTENTS

1. Summary	3
2. Preamble	3
3. Policy Context	4
4. Provision	6
5. Prevention and Health Promotion	7
6. Accessibility	7
7. Quality	8
Acknowledgements	8
References	9

ANNEXES:

Annex 1. WHO Declaration of health for all	11
Annex 2. Article 152 of the Amsterdam Treaty	12

1. SUMMARY

The Health Policy Statement of the European Region of WCPT was first adopted in 2000. That version, based on the Health Policy of the former Standing Liaison Committee of physiotherapists in the EU, was prepared by the EU Working Group. A revised Health Policy Statement was prepared by the EU Working Group and the Professional Issues Working Group and was adopted at the General Meeting in 2004. At that meeting it was agreed that the EU Working Group would follow the implementation of the Health Policy Statement by the Member Organisations at national level. A follow-up survey resulted in a revision of the Health Policy Statement, prepared by the EU Working Group for approval at the General Meeting in 2006.

The revised Health Policy Statement deals with the role of physiotherapists in health care, the physiotherapist's role in the provision of services, prevention and health promotion, and the accessibility and quality of physiotherapy services.

The Health Policy Statement of the European Region of WCPT may be used in the following ways:

- In relation to physiotherapy education, employment, patient care and continuing professional development both at international and national level.
- To emphasise that physiotherapists must adapt to changes and development in national health care, which can offer new opportunities and challenges for physiotherapists in the future.
- As a tool to influence the authorities regarding laws, health programmes and plans where physiotherapists are involved.
- As a reference when developing a national health policy of a physiotherapy association.

Member Organisations are encouraged to translate the Health Policy Statement into their national language and implement it at national level.

The European Region of WCPT encourages the establishment of national health policies for the physiotherapy profession.

2. PREAMBLE

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) aims to improve global health care by encouraging and supporting high standards of physiotherapy education and practice. The commitment to ensure high standards and quality of services is reflected in the Declarations of Principles and Position Statements (WCPT 1995, revised 2003)¹.

The European Region of WCPT endorses WCPT commitment to improve health care and in response has adopted the European Health Policy Statement, also taking account of relevant policy initiatives within WHO and the EU.

3. POLICY CONTEXT

3.1. The European Region of WCPT and the Physiotherapy Profession in Health Care

The aims and objectives of the European Region of WCPT, according to its Charter¹⁰, are to improve the quality of physiotherapy education and practice in Europe and to promote physiotherapy in Europe.

The ER-WCPT has adopted several documents to ensure high standards of physiotherapy education and practice.

- *A European Benchmark Statement on physiotherapy education outcomes*¹¹ was adopted in 2003. The document describes the nature and standards of programmes of study in physiotherapy that lead to awards granted by higher education institutions in Europe in the subject of physiotherapy.
- *European Core Standards*¹² of physiotherapy practice were adopted in 2002.
- *An Audit Tool*¹³ to measure these standards was adopted in 2003. The Core Standards provide clear statements about expected quality of interaction required to apply the ethical principles outlined by WCPT. There are clear criteria on how the standards will be achieved. The criteria are measurable so that patients, physiotherapists and others can assess the quality of interaction.
- *European Physiotherapy Service Standards*¹⁴ was adopted in 2003 to ensure the quality of physiotherapy services in Europe.
- *Framework for Clinical Guideline Development in Physiotherapy* was adopted in 2004¹⁵.

The European Region of WCPT recognises that the organisation of health care systems in Europe varies considerably. Despite these different systems it is generally accepted that the health care systems are based on some common principles like solidarity, equity, accessibility and quality.

The European Region of WCPT and the Member Organisations are committed to further the objectives of the European Region of WCPT with emphasis on promoting and encouraging:

- Co-operation between the Member Organisations
- Exchange of information and experience between the Member Organisations
- Development of health promotion strategies
- Endorsement and accessibility of clinical guidelines
- Use of outcome measures in physiotherapy practice
- The provision of Evidence Based physiotherapy services

3.2 The World Health Organisation (WHO)

In its constitution, the WHO has stated that the enjoyment of the highest standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition².

Health is influenced by a number of factors including living and environmental conditions and employment.

In 1998, the WHO adopted a health policy declaration on Health for All (Annex 1)³.

The WHO has recognised that the improvement of health and well being of people is the ultimate aim of social and economic development and is committed to the ethical concepts of equity, solidarity and social justice. The WHO has emphasised the importance of reducing social and economic inequalities by improving the health of the whole population.

Therefore, the greatest attention should be paid to those most in need, burdened by ill health, receiving inadequate services for health or affected by poverty.

The WHO has recommitted itself to strengthening, adopting and reforming the health systems, as appropriate, to ensure universal access to health services that are based on scientific evidence, good quality care, are within affordable limits and sustainable for the future. The WHO has adopted a policy on physical activity where the goal is "to promote higher levels of physical activity within the world population of all ages and conditions, men and women, in all life settings". They also observe that "regular physical activity can be a practical means to achieve numerous health gains, either directly or indirectly"⁴.

The WHO has adopted an International Classification of Functioning, Disability and Health, known as ICF. "The overall aim of the ICF classification is to provide a unified and standard language and framework for the description of health and health-related states"⁵

A Health Promotion Glossary has also been adopted that can be used as a reference for Health Promotion⁶.

3.3 The European Union (EU)

The ratification of the Amsterdam Treaty of the European Union in 1997 provides a legal basis for development of a formal European Union public health policy (Annex 2)⁷. The European Union has adopted a programme of EU Community action in the field of Health and Consumer Protection 2007 – 2013⁸.

“The goal of EU Health and Consumer Policy is to improve EU citizens’ quality of life in terms of their health and their consumer interest”.

“EU Health and Consumer policies have three core joint objectives:

1. Protect citizens from risks and threats, which are beyond the control of individuals and that cannot be effectively tackled by individual Member States alone (e.g. health threats, unsafe products, unfair commercial practices).
2. Increase the ability of citizens to take better decisions about their health and consumer interests.
3. Mainstream health and consumer policy objectives across all Community policies in order to put health and consumer issues at the centre of policymaking”.

The European Union adopted a charter of Fundamental Human Rights in 2001⁹ which states that: “everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment” and “the Union recognises and respects this entitlement to social security benefits and social services, providing protection in cases such as maternity, disability, illness, industrial accident, dependency or old age”.

The European Region of The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) accepts as a basis for its Health Policy Statement the WHO Health Policy Declaration on Health for All 1998, Article 152 of the Amsterdam Treaty of the European Union 1997, the Programme of EU Community action in the field of Health and Consumer Protection 2007 – 2013 and the European Union charter of Fundamental Human Rights 2001.

4. PROVISION

- 4.1 Physiotherapy is an essential part of the health service delivery system. It is the service only provided by, or under the direction and supervision of a physiotherapist, which includes assessment, diagnosis, planning, intervention, evaluation, counselling, prevention and health promotion (the WCPT Description of Physical Therapy, 2.1,1.2)
- 4.2 Physiotherapists practice independently of other health care providers and also as members of the interdisciplinary team (The WCPT Description of Physical Therapy, 2.1). The European Region of WCPT emphasises the importance of interdisciplinary teamwork and the important role of physiotherapists as integrated members of the interdisciplinary team.
- 4.3 Physiotherapists have an essential role in rehabilitation/habilitation programs for the restoration of optimal function and quality of life in individuals with loss and disorders of movement. (The WCPT Description of Physical Therapy, 2.1).
- 4.4 Physiotherapists work closely with persons with disabilities, their families and carers promoting the concept of independent living and full participation in the society.
- 4.5 Physiotherapists have a responsibility to contribute to the public health agenda to improve health and the quality of life of the citizens.

- 4.6 Physiotherapists acknowledge the importance of cost effectiveness of physiotherapy interventions and recognise that research should investigate not only the clinical effectiveness but also the cost effectiveness of physiotherapy services.

5. PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

- 5.1 Physiotherapists endorse the use of prevention strategies and recognise that the therapeutic approach to health problems needs to integrate prevention and health promotion approaches¹⁵.
- 5.2 Physiotherapists have a fundamental theoretical and practical knowledge of musculo-skeletal function and dysfunction and ergonomics. This professional knowledge may be used to prevent injury and promote health and safety in many environments e.g. the workplace, schools, at home.
- 5.3 Physiotherapists have an important role in the treatment of people who are injured in sport and leisure activities. Increasingly this role is in preventing such injuries from occurring.
- 5.4 Health promotion and health education as a part of health promotion are integral parts of the practice of physiotherapy and should be further developed.
- 5.5 Physiotherapists utilize their professional knowledge and clinical skills to stimulate healthy lifestyles through physical activity and health education.
- 5.6 Physiotherapists participate in the development of health promotion strategies and encourage a healthy lifestyle in the Community, encouraging people to take responsibility for their own health.
- 5.7 Physiotherapy associations should co-operate and consult each other on various aspects of health promotion strategies.

6. ACCESSIBILITY

- 6.1 Physiotherapists in the European Region of WCPT support the ethical principle of equity and universality in access to healthcare services including physiotherapy.
- 6.2 Physiotherapy services should be provided within national systems so that they are accessible to all that are in need of these services unrelated to age, gender, sexual orientation, race, religion, political belief, and disability, social or economic situation.
- 6.3 Attention should be given to the accessibility to physiotherapy services for those vulnerable groups who have special health care needs. Physiotherapy services need to be redesigned to meet these.
- 6.4 The physiotherapy services need to reflect national health care and respond to demands of the people, their priorities and concerns.

7. QUALITY

- 7.1 Physiotherapists should evaluate the quality of their services and the outcome of interventions used.
- 7.2 Physiotherapists are encouraged to develop and use evidence-based physiotherapy practice. The practice of evidence-based physiotherapy should be informed by relevant, high quality, clinical research, patient's references, physiotherapists' knowledge, and by using clinical guidelines.

7.3 Physiotherapists are encouraged to use the European Core Standards for Physiotherapy Practice and the European Service Standards for Physiotherapists.

7.4 Physiotherapists are encouraged to acknowledge the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and how it can be used in relation to physiotherapy services.

Physiotherapists should especially take environmental factors into account in their provision of services both in treatment of patients and in prevention and health promotion. Environmental factors interact with all aspects of health conditions and quality of life of individuals.

7.5 The European Region of the WCPT emphasises that a system for Continuous Professional Development and specialisation for physiotherapists should be developed to improve physiotherapy practice and the quality of services.

7.6 The European Region of the WCPT emphasises that co-operation and exchange of information between Member Organisations will enhance good physiotherapy practice in the European Region.

7.7 The European Region of the WCPT emphasises that the quality of physiotherapy services should be a prime objective of physiotherapists for the benefit of their patients/clients.

Acknowledgements

The European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT) acknowledges the work of Elisabeth Haase, as first author of the original draft of this document approved at the General Meeting in 2000 in co-operation with Julia Botteley, the former General Secretary of the ER-WCPT and with the contribution of the EU Working Group.

For the revision of the document approved at the General Meeting in 2004, the work of Sigrún Knútsdóttir, Chairman of the EU Working Group and the contribution of the EU Working Group and Professional Issues Working Group is acknowledged.

For the revision of the document approved at the General Meeting in 2006, the contribution of the EU Working Group and the Member Organisations that answered a questionnaire circulated in 2005 is acknowledged.

REFERENCES:

1. The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) [homepage on the Internet]. Declaration of Principles and position Statements of WCPT 1995, updated 1999. Available from: <http://www.wcpt.org/policies/principles/index.php>
2. World Health Organisation <http://www.who.int/en/> [homepage on the Internet]. Constitution of the World Health Organisation. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/>
3. World Health Organisation <http://www.who.int/en/> [homepage on the Internet]. Health for All in the 21st Century. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf
4. World Health Organisation <http://www.who.int/en/> [homepage on the Internet]. Physical Activity. Available from: <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.benefits.shtml>
5. International Classification on Functioning, Disability and Health. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
6. WHO Health Promotion Glossary. Available from: <http://www.who.int/hpr/support.material.shtml>
7. Europe. Gateway for the European Union. <http://europa.eu.int/index.htm> [homepage on the Internet]. Treaty of Amsterdam. Available from: <http://europa.eu.int/abc/obj/amst/en/> and <http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/amsterdam.html>
8. EU Community action on Health and Consumer Protection Programme 2007 – 2013. Available from: <http://www.europa.eu.int/comm/health/>
9. The Charter of Fundamental Rights of the European Union [homepage on the Internet]. Available from: http://www.europarl.eu.int/charter/default_en.htm
10. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the Internet]. Charter of the European Region of WCPT. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=11>
11. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the Internet]. European Benchmark Statement on Physiotherapy Education Outcomes, 2003. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=6>
12. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the Internet]. European Core Standards of Physiotherapy Practice. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=6>
13. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the Internet]. Audit Tool for European Core Standards of Physiotherapy Practice. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=6>

14. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the internet]. European Physiotherapy Services Standards, 2003. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=6>
15. European Region of the World Confederation for Physical Therapy [homepage on the Internet]. Framework for Clinical Guideline Development. Available from: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=downloads&downloadarea=17>

Annex 1

WORLD HEALTH DECLARATION

I

We, the Member States of the World Health Organisation (WHO), reaffirm our commitment to the principle enunciated in its Constitution that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being; in doing so, we affirm the dignity and worth of every person, and the equal rights and shared responsibilities of all for health.

II

We recognise that the improvement of the health and well-being of people is the ultimate aim of social and economic development. We are committed to the ethical concepts of equity, solidarity and social justice and to the incorporation of a gender perspective into our strategies. We emphasise the importance of reducing social and economic inequities in improving the health of the whole population. Therefore, it is imperative to pay the greatest attention to those most in need, burdened by ill health, receiving inadequate services for health or affected by poverty.

We reaffirm our will to promote health by addressing the basic determinants and prerequisites for health.

We acknowledge that changes in the world health situation require that we give effect to the "Health-for-all Policy for the twenty-first century" through relevant and national policies and strategies.

III

We recommit ourselves to strengthening, adapting and reforming, as appropriate, our health systems, including essential public health functions and services, in order to ensure universal access to health services that are based on scientific evidence, of good quality and within affordable limits, and that are sustainable for the future. We intend to ensure the availability of the essentials of primary health care as defined in the Declaration of Alma-Ata and developed in the new policy. We will continue to develop health systems to respond to the current and anticipated health conditions, socio-economic circumstances and needs of the people, communities and countries concerned, through appropriately managed public and private actions and investments in health.

IV

We recognize that in working towards health for all, all nations, communities, families and individuals are interdependent. As a community of nations, we will act together to meet common threats to health and to promote universal well-being.

V

We, the Member States of the World Health Organisation, hereby resolve to promote and support the rights and principles, action and responsibilities enunciated in this Declaration through concerted action, full participation and partnership, calling on all peoples and institutions to share the vision of health for all in the twenty-first century, and to endeavour tin common to realize it.

Tenth plenary meeting, 16 May 1998

Annex 2

ARTICLE 152 OF THE AMSTERDAM TREATY

1. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.
2. The Community shall encourage co-operation between the Member States in the areas referred to in this Article and, if necessary, lend support to their action.
3. The Community and Member States shall foster co-operation with third countries and the competent international organisations in the sphere of public health.
4. The Council, acting in accordance with the procedure referred to in Article 251 and after consulting the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, shall contribute to the achievement of the objectives referred to in this Article.
5. Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organisation and delivery of health services and medical care. In particular, measures shall not affect national provisions on the donation or medical use of organs and blood.

Estes Padrões de Prática devem ser encarados de forma dinâmica, pelo que deverão ser revistos periodicamente. Assim agradecemos o envio de propostas conducentes ao seu aperfeiçoamento, para:

Grupo de Trabalho "Padrões de Prática"



**Associação
Portuguesa de
Fisioterapeutas**

Rua João Villaret, 285-A * Urb. Terplana * 2785-679 S. Domingos de Rana
Tel. 21 452 41 56 * Fax: 21 452 89 22 * apfisisio@apfisisio.pt * www.apfisisio.pt



**Associação
Portuguesa de
Fisioterapeutas**

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
Otilia 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 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.

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 Fisioterapeutas 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 clínico 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.

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.

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.

- 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 clínica 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/manuscamento.

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/ audio, 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.

Padrão 15

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 infeção.
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 apresentarem 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:
- Necessidades de desenvolvimento relacionadas com a melhoria da actual prática clínica;
 - 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.
 - requisitos obrigatórios;
Orientação: Pode incluir treino em situações de emergência (fogo, ressuscitação cardio pulmonar, etc.).
 - inovações na prática clínica;
 - 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.
 - 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

Cessaçãõ 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, a qualquer momento ser revogada no interesse da pessoa em causa.

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

A pessoa que sofre 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 à 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 consequências 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 crítico, 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 clínico 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: Direcção-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



Normas de Boas Práticas

para a prestação de Serviços de Fisioterapia



**Documento elaborado pela
Associação Portuguesa de Fisioterapia**

**Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Março de
2003**

Para envio de propostas de alteração ou outra documentação, contactar:

Grupo de Trabalho "Padrões de Prática"

*Isabel de Souza Guerra
Conceição Bettencourt*

apfisio@clix.pt

Índice

INTRODUÇÃO	4
ENQUADRAMENTO ÉTICO E LEGAL	5
PRINCÍPIOS ÉTICOS	5
ENQUADRAMENTO LEGAL.....	5
GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS/ UNIDADES DE FISIOTERAPIA.....	6
DECLARAÇÃO DE MISSÃO, FINALIDADES E OBJECTIVOS	6
PLANO ORGANIZACIONAL	6
POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS	7
ADMINISTRAÇÃO/ DIRECÇÃO	8
GESTÃO FISCAL.....	9
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	9
RECURSOS HUMANOS.....	10
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTO	10
COLABORAÇÃO INTERDISCIPLINAR	11
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	12
CONSENTIMENTO INFORMADO	12
AVALIAÇÃO INICIAL	13
PLANO DE INTERVENÇÃO.....	13
INTERVENÇÃO	14
REAValiaÇÃO.....	15
ALTA OU INTERRUPÇÃO DA INTERVENÇÃO	15
DOCUMENTAÇÃO	16
EDUCAÇÃO.....	17
INVESTIGAÇÃO	17
RESPONSABILIDADE NA COMUNIDADE.....	18
SAÚDE E SEGURANÇA.....	19
GESTÃO DA PISCINA COBERTA DE HIDROTERAPIA	21

Introdução

As normas descritas neste documento enunciam as componentes para as unidades/serviços de fisioterapia, em que a organização /d direcção (representada por um Fisioterapeuta) é responsável por assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos utentes, bem como proporcionar um ambiente conducente à segurança do pessoal e seu desenvolvimento profissional contínuo.

Estas normas providenciam um padrão de referência da prestação em unidade/serviços de Fisioterapia e uma estrutura que permita a revisão e implementação da melhoria dessa prestação numa estrutura Organizacional.

Estas normas deverão ser aplicadas em todos os locais onde são prestados cuidados de fisioterapia, incluindo nas unidades integradas no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua forma de gestão, bem como no âmbito de unidades privadas de saúde, de unidades de saúde privadas e do sector social. No entanto algumas normas, poderão não ser aplicáveis a algumas unidades/serviços dependendo das suas características. Por exemplo, a política de integração de pessoal não será aplicada se o Fisioterapeuta trabalhar individualmente.

Estas normas não são mínimas ou de excelência, mas são consideradas alcançáveis. Nem todos os Serviços poderão atingir o mesmo nível de cumprimento, mas são medidas a que todos os unidades/serviços de fisioterapia podem aspirar, como parte da sua responsabilidade profissional para com os utentes e pessoal. Em determinadas circunstâncias, será possível atingir o que se encontra contido nestas normas, através dos princípios básicos de gestão e organização.

Os padrões de prática e as normas de boas práticas para os unidades/serviços de Fisioterapia, são documentos que se complementam. Algumas normas referem a necessidade de políticas e procedimentos dos serviços de fisioterapia, em que a sua implementação é da responsabilidade da organização, no entanto a conformidade destas com os padrões de prática é da responsabilidade individual de cada Fisioterapeuta.

O termo “ Fisioterapia “ utilizado neste documento, inclui Fisioterapeutas e alunos de fisioterapia.

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 os princípios expressos pela WCPT reconhecem que a Fisioterapia é o serviço prestado exclusivamente por Fisioterapeutas, ou sob a sua orientação e supervisão, e inclui consulta e intervenção.

Enquadramento Ético e Legal

Princípios éticos

Os Fisioterapeutas regem-se pelos princípios éticos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Enquadramento Legal

Os Fisioterapeutas regem-se por todos os regulamentos que lhe são aplicáveis.



Gestão e Administração dos Serviços/ Unidades de Fisioterapia

Declaração de Missão, finalidades e objectivos

Norma 1

O serviço /Unidade de Fisioterapia tem declaração de Missão, finalidades e objectivos que reflectem as necessidades e interesses dos indivíduos que serve, dos Fisioterapeutas que trabalham no Serviço e da comunidade.

Critério

A declaração contém:

- a) Definição do campo de actuação e das limitações do serviço/unidade.
- b) Lista de metas e objectivos do serviço/unidade.
- c) Revisão anual.

Plano Organizacional

Norma 2

O Serviço/Unidade de Fisioterapia tem políticas e procedimentos que reflectem a operacionalidade do serviço e são consistentes com a Missão, Metas e Objectivos.

Critério

As políticas e procedimentos são revistos regularmente e sempre que necessário. Devem providenciar informação pertinente incluindo (entre outros) as seguintes:

- a) Educação Clínica.
- b) Investigação Clínica.

Conselho Directivo Nacional

- c) Colaboração interdisciplinar.
- d) Critérios para o acesso à Fisioterapia e gestão de admissões.
- e) Início, continuação, referência e cessação de cuidados.
- f) Manutenção do equipamento.
- g) Segurança ambiental.
- h) Gestão Fiscal.
- i) Controle de Infecção.
- j) Descrições de funções.
- k) Avaliação do Desempenho.
- l) Situações de emergência.
- m) Políticas e protocolos dos cuidados dos Utentes.
- n) Direitos dos Utentes.
- o) Políticas de Pessoal.
- p) Melhoria continua da Qualidade.
- q) Documentação.
- r) Orientação do Pessoal.
- s) Gestão das relações com parcerias externas e recursos internos.

Políticas e procedimentos

Norma 3

O responsável pela Direcção do Serviço/Unidade é um Fisioterapeuta.

Critério

O Fisioterapeuta Gestor/Director assegura:

- a) Assegura o cumprimento da legislação;
- b) Assegura o cumprimento das normas da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, incluindo os Padrões de Prática para os Fisioterapeutas, Código de Ética, Princípios de Conduta Profissional;
- c) Assegura a coerência dos serviços prestados com a Missão, Metas e Objectivos do Serviço;

Conselho Directivo Nacional

- d) Assegura que os serviços são prestados de acordo com as políticas e procedimentos estabelecidos;
- e) É responsável pela revisão e actualização das políticas e procedimentos estabelecidos;
- f) Providencia a preparação do pessoal auxiliar de forma a assegurar um bom desempenho das suas funções;
- g) Promove um treino contínuo em questões de segurança e inspeções periódicas de segurança do equipamento por pessoal qualificado.

Administração/ Direcção

Norma 4

O Serviço/Unidade de Fisioterapia tem um plano organizacional escrito

Critério

O plano descreve as relações dentro do serviço ou entre o serviço e os outros componentes da organização no caso da Fisioterapia ser parte de uma organização mais vasta.

- a) O plano assegura que o serviço é dirigido por um Fisioterapeuta.
- b) Define as estruturas de supervisão dentro do serviço.
- c) Reflecte as funções do pessoal de uma forma geral.

Gestão Fiscal

Norma 5

O Fisioterapeuta Gestor/Director é responsável pelo planeamento e alocação dos recursos. A Gestão e planeamento fiscal são baseados nos princípios gerais de contabilidade.

Critério

O Plano de Gestão Fiscal inclui:

- a) Preparação e monitorização de um orçamento que promova a optimização dos recursos;
- b) Rigoroso registo e relatório sobre a informação financeira;
- c) Conformidade com os regimes legais;
- d) Utilização eficiente dos recursos;

Melhoria Continua da Qualidade

Norma 6

O Serviço/Unidade tem um plano escrito de melhoria continua do desempenho dos serviços prestados.

Critério

O plano escrito de melhoria continua:

- a) Mostra que existe no serviço um programa de avaliação e revisão continua do serviço.
- b) Providencia um mecanismo que documenta a melhoria continua da prestação.

Recursos Humanos

Norma 7

O Serviço/Unidade de Fisioterapia tem um plano escrito que promove o desenvolvimento profissional contínuo apropriado/ aprendizagem ao longo da vida (DPC/ALV).

Critério

- a) O plano escrito providencia o ajustamento de objectivos individuais às necessidades da organização na promoção da educação contínua e das actividades de aprendizagem.
- b) Inclui estratégias de aprendizagem ao Longo da Vida e de Desenvolvimento Profissional.

Instalações e Equipamento

Norma 8

As instalações da Fisioterapia são designadas para promover um ambiente seguro e acessível que facilite o cumprimento da Missão, metas e objectivos. O equipamento é seguro e suficiente para atingir as Metas e Objectivos estabelecidos.

Critério

8.1- As instalações:

- a) Estão em conformidade com as normas gerais de Saúde e Segurança.
- b) Estão em conformidade com as necessidades de espaço para o número e tipo de utentes que servem.

8.2- Os Equipamentos:

- a) Estão em conformidade com as normas gerais de Saúde e Segurança;
- b) São objecto de manutenção preventiva e sujeita a inspeções periódicas.



Colaboração Interdisciplinar

Norma 9

A unidade/ serviço de Fisioterapia colabora efectivamente sempre que apropriado, com todos os serviços externos.

Critério

A colaboração inclui:

- a) abordagem aos cuidados do utente em equipa interdisciplinar;
- b) relação interdisciplinar na educação do utente e da família ou cuidadores.
- c) desenvolvimento do pessoal no sentido da interdisciplinariedade e da educação contínua.

Prestação de Cuidados

Consentimento Informado

Norma 10

O Fisioterapeuta tem a responsabilidade profissional de prestar informação aos doentes / utentes e de obter o consentimento informado antes de iniciar a sua intervenção, de acordo com o estabelecido no documento "Padrões de Prática para os Fisioterapeutas" da APF.

10.1- A informação prestada aos doentes contém :

- a) Resultados da avaliação pelo Fisioterapeuta;
- b) descrição clara da intervenção proposta;
- c) informação de possíveis riscos associados à intervenção;
- d) identificação dos benefícios da intervenção proposta;
- e) explicação de alternativas razoáveis à intervenção proposta.

10.2- O consentimento informado deve tomar em linha de conta o grau de cultura e entendimento do utente e requer:

- a) consentimento por um adulto em pleno uso das suas faculdades;
- b) consentimento por parte dos pais, tutores, ou outros indivíduos legalmente designados para representar o indivíduo se o indivíduo não for capaz ou for menor,
- c) a demonstração do entendimento da intervenção por parte das pessoas acima mencionadas, antes daquela ser realizada, bem como a autorização para a sua realização.

Avaliação inicial

Norma 11

O Fisioterapeuta realiza e regista uma avaliação inicial, interpreta os resultados para identificar problemas e estabelecer um diagnóstico prévio à intervenção/ tratamento.

Critério

O exame do utente:

- a) É documentado, datado e assinado pelo fisioterapeuta que realiza a avaliação.
- b) Identifica as necessidades de fisioterapia do doente/utente.
- c) Inclui testes e medidas objectivas que facilitem a medição dos resultados
- d) Proporciona dados suficientes que permitam estabelecer o plano de cuidados.
- e) Pode resultar em recomendações e/ou envio a outro profissional de saúde, para a obtenção de cuidados adicionais que respondam a necessidades do utente, devendo ser dado conhecimento a quem o referenciou.

Plano de intervenção

Norma 12

O fisioterapeuta estabelece e propõe um plano de intervenção para o indivíduo, baseado nos resultados da avaliação e nas necessidades dos utentes. O fisioterapeuta envolve o utente e pessoas relacionadas, no planeamento, implementação e avaliação da intervenção/ programa de tratamento. O fisioterapeuta, em colaboração com outras áreas de intervenção, planeia a alta do utente tendo em consideração os objectivos a atingir, promovendo a adequada continuação de cuidados ou referência.

Critério.

O plano de intervenção

- a) É elaborado com base no conhecimento (científico/ clínico) actualizado produzido pelos seus pares e outros clínicos investigadores;
- b) Está baseado na avaliação, diagnóstico e prognóstico;
- c) Identifica objectivos previstos e os resultados esperados;
- d) Descreve a intervenção proposta, incluindo frequência e duração;
- e) Inclui registo que está datado e assinado pelo Fisioterapeuta que estabeleceu o plano de cuidados.

Intervenção

Norma 13

O fisioterapeuta delega competências, presta cuidados e/ou orienta e supervisiona a intervenção de outros Fisioterapeutas e/ou alunos de fisioterapia de acordo com os resultados da avaliação e do plano de intervenção. O fisioterapeuta regista numa base contínua, o tratamento prestado, o progresso e mudança do status, relacionado com plano de cuidados.

Critério:

A intervenção / tratamento:

- a) É prestada de forma contínua e directa pelo fisioterapeuta ou sob sua supervisão
- b) Reflecte que as delegações de responsabilidades são compatíveis com as qualificações e limitações legais dos fisioterapeutas e dos alunos de Fisioterapia.
- c) É modificado de acordo com as alterações do estado do indivíduo.
- d) É prestado a um nível que é consonante com a prática corrente da Fisioterapia.
- e) É interdisciplinar quando tal for necessário para atingir a necessidades dos utentes.
- f) Os registos dos cuidados prestados, incluem data e assinatura pelo fisioterapeuta que estabeleceu o plano de cuidados.

Reavaliação

Norma 14

O fisioterapeuta reavalia o individuo continuamente e em função disso modifica ou interrompe o plano de cuidados.

Critério

A reavaliação é:

- a) Registada, datada e assinada pelo fisioterapeuta que realiza a avaliação
- b) Inclui as alterações ao plano de cuidados

Alta ou interrupção da intervenção

Norma 15

O fisioterapeuta deve dar alta de fisioterapia ao utente quando os objectivos previstos forem atingidos.

A intervenção do fisioterapeuta deve ser interrompida quando os objectivos forem atingidos, quando o utente não quer prosseguir o tratamento, está impossibilitado de continuar ou quando o fisioterapeuta entende que a intervenção não obtém os resultados desejados.

Critério

O registo de alta deve conter

- a) O estado do utente no momento da alta e resultados funcionais/objectivos atingidos
- b) data e assinatura do fisioterapeuta, na nota de alta
- c) o estado do doente e as razões de interrupção do tratamento, sempre que o utente tem alta antes de terem sido cumpridos os objectivos.

Documentação

Norma 16

Os registos dos utentes são mantidos de acordo com a legislação e políticas existentes.

Estão disponíveis sistemas para a protecção dos registos do utente.

- a) *Orientação: inclui toda a informação relacionada com os utentes; escrita, gravada em computador, cassetes áudio, correio electrónico, faxes, cassetes vídeo, fotografias, etc.*
 - a. Os registos dos utentes são arquivados de forma a permitirem um fácil acesso.
 - b. É seguida uma política de segurança relativamente às tecnologias de informação.
- b) *Orientação: deverá ser dada particular importância aos procedimentos de gravação; estes devem ser regularmente realizados e a cópia guardada em local seguro.*
 - a. Existe uma política que permite ao utente o acesso ao seu processo clínico.
- c) *Orientação: o termo utente neste critério refere - se exclusivamente ao sujeito do registo.*



Educação

Norma 17

O fisioterapeuta é responsável pelo seu desenvolvimento profissional individual e pela melhoria contínua de competências em fisioterapia.

O fisioterapeuta participa na educação dos alunos de Fisioterapia e de alunos de outras profissões de saúde.

O fisioterapeuta educa e promove a informação aos consumidores e ao público em geral no sentido da divulgação dos objectivos e benefício da fisioterapia.

O fisioterapeuta educa e divulga junto dos consumidores e do público em geral o papel da fisioterapia.

Critério

O fisioterapeuta educa e presta informação aos consumidores e público em geral sobre o seu papel.

INVESTIGAÇÃO

Norma 18

O fisioterapeuta utiliza os resultados da investigação na prática e encoraja ou participa nas actividades de investigação.

O fisioterapeuta colabora em investigação interdisciplinar

Responsabilidade na Comunidade

Norma 19

O fisioterapeuta tem responsabilidades na comunidade onde se insere e participa nas actividades da comunidade no sentido da educação da população, formulação de políticas de saúde e promoção da saúde.

Critério:

O Fisioterapeuta demonstra responsabilidades na comunidade onde se insere e participa nas actividades da comunidade no sentido da educação da população, formulação de políticas de saúde e promoção da saúde.

Saúde e Segurança

Norma 20

A prestação de serviços de fisioterapia é realizada num ambiente seguro.

20.1. A política de saúde e segurança inclui procedimentos relacionados com:

- a) incêndios;
- b) desperdícios;
- c) ressuscitação cardio pulmonar;
- d) primeiros socorros;
- e) controle de infecção;
- f) tratamento de resíduos;
- g) acondicionamento de lixo;
- h) trabalhar sozinho / número de horas em trabalho exterior;
- i) controle de substâncias perigosas para a saúde;
- j) relatórios de doenças industriais e ocorrências perigosas;
- k) planeamento e manutenção de todo o equipamento.

Orientação: deve incluir um contrato de manutenção e de qualidade do equipamento, incluindo calibração que deverá ser realizada pelo menos uma vez por ano.

20.2 É assegurado pelo serviço a formação dos Fisioterapeutas em:

- a) procedimentos de incêndio;
- b) movimento e manuseamento de equipamento;
- c) lidar com a violência e agressão;
- d) controle de infecção.

20.3 O serviço assegura a todos os Fisioterapeutas a integração em programas de saúde e segurança sempre que são transferidos para outras áreas ou locais de intervenção.

Orientação: pode incluir procedimentos de emergência, localização de extintores, etc.

20.4 São realizadas auditorias de saúde e segurança de acordo com o planeamento local.

20.5 As seguintes variáveis são mantidas de acordo com as políticas locais:

Conselho Directivo Nacional

- a) temperatura;
- b) humidade;
- c) luz;
- d) ventilação.

20.6 Estão assinalados os locais de risco para os utentes.

Orientação: por exemplo, piso molhado, utilização de telemóveis, pacemaker. Indicadores da piscina, etc.

20.7 Existe um sistema para situações de emergência.

Orientação: o sistema pode variar dependendo do local de trabalho e pode incluir telefones internos e externos, alarmes etc.

20.8 O serviço actua em conformidade com as normas de de saúde e segurança.

20.9 Equipamento novo está em conformidade com as normas de qualidade estabelecidas por Directivas Comunitárias e legislação vigente(em anexo).



Gestão da Piscina Coberta de Hidroterapia

As normas seguidamente descritas, têm por objectivo providenciar um padrão de referência da prestação em unidades/serviços de Fisioterapia fixando, com carácter geral, as disposições de gestão, segurança, higieno-sanitárias, técnicas e funcionais que devem ser observadas nas piscinas e nos estabelecimentos dedicados à fisioterapia no meio aquático¹

Norma 21

O ambiente e a piscina de hidroterapia são mantidos em condições que assegurem o conforto e protecção máxima a todos os utilizadores.²

21.1. – O acesso ao plano de água, a relação entre o plano de água e o piso do cais, a qualidade higiénica e as condições de manutenção do piso da piscina e cais, condicionam a acessibilidade dos utentes à cuba da piscina e revelam-se factores preponderantes da segurança, emergência e evacuação eficazes.

¹ Para efeitos do presente capítulo, entenda-se como:

1. Piscina – Instalação artificial, coberta ou não, constituída por um plano de água em cuba própria e espaços envolventes, destinada à utilização para fins desportivos, educativos, recreativos e/ou terapêuticos.

2. Piscinas públicas ou de uso público - definição em conformidade com a Directiva 23/93 do Conselho Nacional da Qualidade (CNQ, 1993)

3. Piscina coberta de hidroterapia - piscina coberta, onde existe a intervenção da fisioterapia, que utiliza o meio aquático para a aplicação de técnicas específicas -da profissão- em programas de prevenção e/ou terapêuticos. Estes programas poderão ser desenvolvidos em piscinas públicas ou privadas, ou ainda em piscinas terapêuticas, realizados em grupo ou individualmente.

4. Piscina Terapêutica – piscina pública, privada, hospitalar ou fermal que pelas suas características (valência, tipologia construtiva e funcional), foi concebida exclusivamente para fins terapêuticos e em que existe a intervenção da fisioterapia no meio aquático.

5. Cuba ou tanque – é o reservatório em que está contida a água e em que se desenvolvem as actividades

6. - Cais – todo o pavimento que circunda a cuba

7. – Ajudante – indivíduo que trabalha na instituição onde se pratica fisioterapia no meio aquático em piscina. Que recebe formação e treino (periódico) em técnicas de emergência e evacuação, técnicas de transferências e que está informado de todas as normas de boa prática a utilizar nessa piscina, colaborando com o fisioterapeuta na manutenção da segurança da mesma.

8.- Nadador salvador – Técnico com habilitações adequadas para intervir em caso de emergência na água.

² Directiva Conselho Nacional de Qualidade (DCNQ) 23/93 * norma 20

Conselho Directivo Nacional

Os acessos ao cais e à água deverão estar em conformidade com a legislação em vigor (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1997, p.19 e DCNQ 23/93)

Orientação: O Fisioterapeuta que trabalha no meio aquático deverá supervisionar eventuais situações que possam pôr em risco a segurança dos utentes e restante pessoal e em colaboração com o(s) seu(s) ajudante(s) ou técnico de manutenção - ter em conta :*

- a) *A inspecção periódica aos pisos da cuba e cais*
- b) *As zonas de acesso ao cais e cuba (zonas de passagem assinaladas, lava-pés, corrimãos, degraus verticais ou progressivos assinalados, rampas, elevadores mecânicos - de preferência não eléctricos - hidráulicos, etc).*
- c) *Os sistemas de elevação deverão estar sujeitos a avaliações periódicas por pessoal especializado.*

21.2.- O fisioterapeuta deve zelar – em colaboração com a restante equipa - pela manutenção das condições de segurança e higiene das Instalações de apoio e recursos materiais (balneários, vestiários, armazenamento de equipamentos, área de repouso, gabinete para profissionais, sala de 1ºs socorros, áreas para pessoal encarregue da manutenção e administração da piscina)

Orientação

- a) *Existência e uso de zonas de arrumação apropriadas ao material /equipamentos (bóias, cintos, etc.)*
- b) *Verificação periódica do estado de conservação do material*
- c) *Presença de sistema de alarme e equipamento para situações de emergência que estejam em conformidade com as normas de qualidade estabelecidas por Directivas Comunitárias e legislação vigente (em anexo)*

21.3. Manutenção e tratamento da água da piscina

a) A água da piscina, para manter boas condições de desinfectação, limpidez e transparência. Requerendo a combinação de um rigoroso controlo bacteriológico, da temperatura, e controlo/tratamento físico/químicos, assim como uma adequada filtragem e aspiração.

b) Embora as medições dos factores físico-químicos sejam efectuados por técnicos especializados, o Fisioterapeuta deverá saber fazer a medição desses factores e interpretar os seus resultados, de forma a conseguir efectuar as devidas compensações, se necessário.

Conselho Directivo Nacional

Deverá também estar a par das restantes formas de limpeza e filtragem da água e das medidas a efectuar, em caso de contaminação ou risco de contaminação.

c) Os resultados dos testes e análises realizados devem ser registados, expostos (em locais visíveis: quadros apropriados) ao público e posteriormente arquivados, podendo ser consultados na instituição sempre que tal seja solicitado (livro de registo sanitário).

d) O utente deverá estar informado - escrita e verbalmente - das normas de higiene a cumprir antes e depois do tratamento no meio aquático (tomar banho antes de entrar na piscina , usar touca, chinelos e equipamento adequado, não ser portador de doença que possa pôr em risco os restantes indivíduos, etc)

e) Tratamento físico-químico:

Na piscina os níveis de desinfectante são mantidos dentro dos seguintes parâmetros:

Quando realizada exclusivamente com cloro:

- Cloro livre – entre 1.5 a 4.0 partes por milhão (ppm)
- Cloro residual – nunca mais de 1.0 ppm
- Cloro total – entre 2.0 a 5.0 ppm

Nota: os valores são diferentes quando a desinfecção é realizada com cloro e ozono e com cloro e ultravioletas

O ph da água da piscina é mantido dentro de parâmetros que assegurem uma efectividade óptima de desinfecção e protecção (entre 7.2 e 7.8, sendo a amplitude ideal entre 7.4 e 7.6)

A Alcalinidade Total deve ser mantida entre 100 a 250 (ppm).

Dureza da água - é a medida de todos os sais de cálcio e de magnésio = 150 a 300ppm

Total de Sólidos dissolvidos (TDS) – 500 a 1250 ppm

f) Para assegurar os valores enunciados, a água da piscina é testada com a seguinte frequência:

- Diária:
 - Limpidez/claridade/transparência;
 - Testes manuais (kit) ou automáticos do cloro, 2-3 vezes dia
 - Testar ph com kit 2 vezes por dia
 - Limpeza e aspiração da piscina
- Semanal:
 - Alcalinidade total
 - Dureza da água

Conselho Directivo Nacional

- Balanço da água
- Testes bacteriológico (laboratório)
- Desinfecção de paredes, degraus, material e equipamento, etc
- Filtros
- Mensal :
 - Teste electrónico ao T.D.S.
 - Bacteriológico por entidade superior (exp: Instituto Ricardo Jorge)

g) As amostras da água da piscina são analisadas laboratorialmente para contagem bacteriológica pelo menos uma vez por mês. Os parâmetros bacteriológicos também deverão estar em conformidade com o Decreto nº 5/97

Os testes são realizados para análise e pesquisa de:

1. escherichia coli
2. pseudomonas aeruginosas
3. staphylococcus totais e coagulare
4. Nº de Coliformes
5. Enterococos fecais
6. Staphylococcus aureus
7. Microorganismos viáveis

h) A temperatura ambiente é função do valor da Humidade relativa (HR) e da Temperatura do ar (Tar). Estes valores quando muito elevados podem afectar a saúde dos utentes (fadiga mais fácil) e profissionais que trabalhem dentro ou fora da piscina assim como acarretam elevados custos energéticos.

Orientação

A temperatura ambiente das áreas circundantes à piscina são mantidas entre 25 e 28º celsius. (nunca superior a 30ºC.)

O valor da HR deverá ser mantido entre 50 a 65%, de preferência a 60%.

A temperatura dos vestiários e zonas de descanso são mantidas entre 22 e 26º celsius.

i) A temperatura ideal da água da piscina hidroterapia deverá ser entre 32 e 35º Celsius.

(esta temperatura poderá ser de 3 graus abaixo, conforme o tipo de utentes e/ou programas a desenvolver, é o caso das piscinas públicas).

Conselho Directivo Nacional

Deve-se ter em conta que, temperaturas acima dos 30° permitem uma maior probabilidade de proliferação de bactérias, por esta razão as análises e os níveis de desinfecção são diferentes.

Para temperaturas de água inferiores a 30° C os parâmetros físico-químicos deverão estar em conformidade com a Legislação Nacional em vigor (Dec Regulamentar Nº 5/97)

j) Será necessário o esvaziamento da água da piscina:

- Parcial, se:
 - Houver cloro em excesso (ou aumentar a taxa de renovação da água)
 - T.D.S. em excesso, (ou através de floculantes e aspiração)
 - Contaminação da água (aumentando também os níveis de desinfectantes)
- Total se:
 - Contaminação da água grave (que não foi solucionada com a acção anterior)
 - Manutenção anual

21.4. - Iluminação e acústica – A piscina e meio envolventes deverão estar devidamente iluminados, de forma a garantirem as melhores condições de visibilidade e segurança dos utentes (DCNQ 23/93).

Todos os fisioterapeutas a trabalhar no o meio aquático devem ter o cuidado de manter um ambiente acústico adequado.

Orientação:

- *Não utilização ou utilização adequada de música durante as sessões de tratamento,*
- *Orientação verbal ou não verbal (mímica) adequada ao(s) utente(s), tendo também em conta o meio envolvente e o nº de utentes/profissionais*
- *Avisos escritos aos "espectadores"*

Norma 22

A utilização da piscina de hidroterapia é gerida de forma a assegurar a máxima segurança para todos os seus utilizadores

22.1. Lotação

Conselho Directivo Nacional

As incapacidades/patologias dos utentes/grupos e as dimensões da piscina devem determinar o número de indivíduos dentro de água

Para intervenção individual é necessário uma área de 4m².

Para intervenções em grupo cada utente necessita de 2m².

22.2 Pessoal e funcionamento

a) Para além do anteriormente descrito, nas normas do presente documento, o fisioterapeuta que trabalha no meio aquático, também deverá sempre avaliar/reavaliar o seu utente na água.

b) Para qualquer tipo de intervenção no meio aquático deve existir sempre um ajudante dentro ou fora da piscina. Em determinadas instituições também deverá haver a presença constante do “nadador-salvador”.

c) O Fisioterapeuta deve treinar periodicamente, saídas de emergência com os utentes e ajudantes.

d) O Fisioterapeuta deverá dar informação prévia ao utente - escrita e verbal - das zonas de acesso ao cais e piscina (degraus, corrimãos, desníveis, profundidades, uso adequado de materiais, postura na água, etc) e solicitar o uso de calçado adequado a todos os que circulam no cais da piscina, de forma a minimizar as situações de risco

Deverá também facultar informação escrita e verbal prévia sobre normas de higiene (saúde) aos utentes.

e) O Fisioterapeuta não deve trabalhar mais de três horas seguidas dentro de água num dia normal de trabalho - sendo o ideal duas horas.

Deverá também ter tempo suficiente - no seu horário - para a sua higiene e recuperação pós piscina.

Outros acordos poderão ser considerados pela entidade empregadora, de forma a assegurar a saúde e o bem estar do “ fisioterapeuta aquático” (seguros, diminuição da carga horária, remuneração, etc).

f) O Fisioterapeuta deve estar sempre equipado adequadamente com touca, chinelos, e fato de banho e quando está no cais poderá usar roupão ou camisola/calções por cima do fato de banho para manter a sua temperatura corporal.

Conselho Directivo Nacional

O fisioterapeuta a trabalhar no meio aquático nunca deverá estar fardado.

g) O Fisioterapeuta que trabalha no meio aquático, deve possuir formação académica contínua e adequada (nº de horas de formação específica), para poder praticar “fisioterapia no meio aquático”, bem como todos os aspectos de segurança relativos ao manuseio de utentes e procedimentos de emergência e evacuação, que lhe permita actuar em segurança e conformidade com as boas práticas.

Estes Instrumentos de Auditoria devem ser encarados de forma dinâmica, pelo que deverão ser revistos periodicamente. Assim agradecemos o envio de propostas conducentes ao seu aperfeiçoamento, para:

Grupo de Trabalho "Padrões de Prática"



Rua João Villaret, 285-A * Urb. Terplana * 2785-679 S. Domingos de Rana
Tel. 21 452 41 56 * Fax: 21 452 89 22 * apfisio@apfisio.pt * www.apfisio.pt



Instrumentos de Auditoria

Aos Padrões de Prática

1ª Edição

Abril 2005

Adaptado do documento Audit Tool da Região Europeia da WCPT



Documento elaborado pela
Associação Portuguesa de Fisioterapeutas,
aprovado na Assembleia Geral de 1 de Maio de 2004

Adoptado da versão final da
Assembleia Geral Extraordinária
04/ 06/ 2003, Barcelona, Espanha

Grupo de Trabalho "Padrões de Prática"

Conceição Bettencourt
Isabel Oliveira Machado
João Pedro Fonseca
José Pascoalinho
Margarida Avillez
Otilia Murta
Sandra Amado

Índice

	Pág.
Introdução	5
1. Metodologia de auditoria do processo clínico em Fisioterapia a partir dos Padrões relacionados com o utente	8
1.1 Metodologia de auditoria do processo clínico em Fisioterapia a partir dos Padrões relacionados com o utente	9
1.1.1 Selecção de uma amostra e obtenção dos processos dos utentes	9
1.1.2 Preenchimento do documento de obtenção de dados	9
1.1.3 Análise dos dados	9
1.1.4 Interpretação dos resultados	10
1.1.5 Re-auditoria	10
1.2 Auditoria ao processo clínico de Fisioterapia	11
1.2.1 Consentimento informado	11
1.2.2 Recolha de dados	11
1.2.3 Exame	11
1.2.4 Medição da avaliação do resultado	12
1.2.5 Análise	12
1.2.6 Plano de intervenção	12
1.2.7 Implementação	12
1.2.8 Avaliação contínua	13
1.2.9 Transferência / Alta	13
1.2.10 Documentação	13
Segurança do utente do Fisioterapeuta	14
Questões para auditoria	15
2. Auditoria ao Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida	16
2.1 Metodologia de auditoria do DPC e ALV	17
2.2 Formulário de auditoria do DPC e ALV	17
2.2.1 O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem	18
2.2.2 Planeamento do DPC e ALV	18
2.2.3 Implementação do plano de DPC e ALV	18
2.2.4 Avaliação do plano de DPC e ALV	18

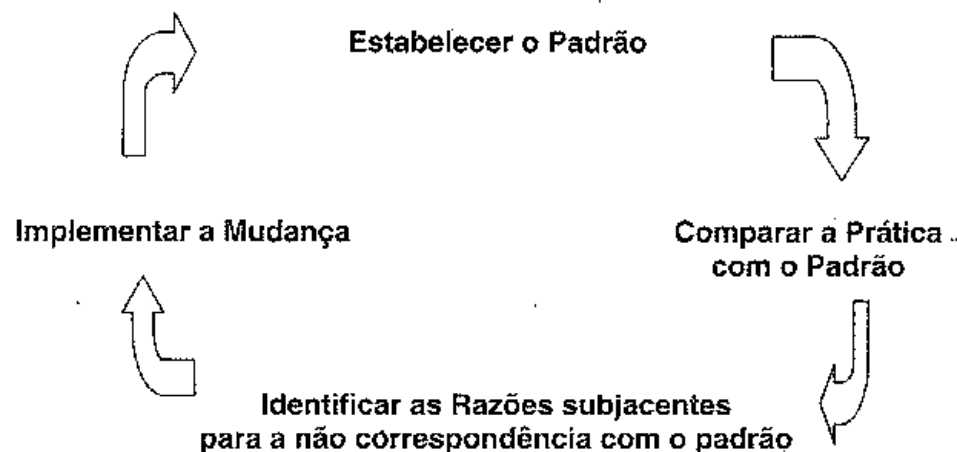
Índice

	Pág.
3. Revisão pelos pares	19
3.1 Metodologia da revisão pelos pares	20
3.1.1 Seleccionar um par	21
3.1.2 Encontrar uma data e hora adequadas	21
3.1.3 Selecção dos processos clínicos, em fisioterapia, dos utentes ...	21
3.1.4 Revisão dos processos clínicos de fisioterapia	21
3.1.5 Discussão do episódio de cuidados	22
3.1.6 Questões levantadas pela discussão	22
3.1.7 Identificar áreas para educação e desenvolvimento	22
3.1.8 Data para nova revisão	22
Documento de revisão por pares	23
4. Questionário de audição ao utente	24
4.1 Metodologia	25
4.1.1 Identificação da amostra	25
4.1.2 Recolha de questionários	25
4.1.3 Análise dos dados	26
4.1.4 Interpretação dos resultados	27
4.1.5 Re-auditoria	27
Questionário de audição ao utente	28
Apêndice 1	35

Introdução

A auditoria clínica é uma análise crítica e sistemática da qualidade de cuidados de saúde incluindo diagnóstico e procedimentos de tratamento, associado ao uso de recursos e resultados e qualidade de vida do utente (Departamento de Saúde, UK, 1989).

A auditoria clínica é um processo cíclico, envolvendo a identificação de um tópico, estabelecimento de padrões, comparando a prática com os padrões, implementando mudanças e monitorizando o efeito dessas mudanças. A sua finalidade é melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde.



Departamento de Saúde (1989) UK

A primeira etapa do ciclo de auditoria já está concretizada – o estabelecimento de Padrões de Prática¹. Estes documentos de auditoria vão permitir completar a segunda etapa – comparar a prática clínica com os padrões. Assim será possível identificar as razões subjacentes para não alcançar os padrões, e para implementar quaisquer mudanças necessárias.

Os diferentes instrumentos foram concebidos para medir a “performance” de diferentes formas, dependendo da fonte de informação que irá indicar se os padrões e seus critérios foram cumpridos. Os quatro instrumentos de medida em conjunto, permitirão levar a cabo uma auditoria abrangente dos Padrões de Prática. Não é necessário usar todos os instrumentos de auditoria ao mesmo tempo, podendo a auditoria ser feita por etapas.

Os quatro instrumentos de auditoria são:

- 1 A auditoria do processo clínico em Fisioterapia a partir dos Padrões de Prática relacionados com o utente;
- 2 Auditoria dos Padrões relacionados com o DPC e ALV (Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida);
- 3 Revisão por pares de acordo com os Padrões de Prática;
- 4 Questionário de Audição ao Utente.

1 A auditoria do processo clínico em Fisioterapia a partir dos Padrões relacionados com o utente

Este instrumento mede padrões e critérios pelos quais o processo clínico em fisioterapia dos utentes “evidenciam” conformidade, por exemplo, que o plano de intervenção foi formulado (padrão 8.4)². Uma auditoria do conjunto do processo clínico em fisioterapia do utente foi concebida com esta finalidade. Para assegurar a continuidade de cuidados e corresponder aos requisitos legais, os registos no Processo clínico em Fisioterapia devem ser pertinentes e corresponder à prática clínica.

¹ Aprovado em Assembleia Geral da APF de 23 de Março de 2002

² 8.4. O plano deve conter como documentos:

- Calendarização da sua implementação e/ou das avaliações intercalares;
- objectivos;
- medidas de avaliação de resultados;
- a identificação de quem vai executar o plano.

2 Auditoria dos Padrões relacionados com o DPC e ALV

Este instrumento foi concebido para auditar os Padrões relacionados com o DPC e ALV (Padrões 19 a 22)³. Deverá ser encontrada na documentação do portfolio individual em DPC e ALV a comprovação da conformidade com estes Padrões.

3 Revisão por pares

A revisão por pares permite determinar a adequação das decisões clínicas tomadas a cada etapa do episódio de cuidados. Alguns dos padrões não podem ser medidos através de documentação ou questionário de audição dos utentes, recomendando-se a revisão por pares. A revisão por pares relaciona-se principalmente com as áreas que exigem um processo de raciocínio clínico, por exemplo, como foi estabelecido o diagnóstico em fisioterapia ou por que determinada intervenção foi escolhida.

A orientação é dada através da sugestão de um modelo de revisão por pares, tendo sido concebido um instrumento.

4 Questionário de Audição ao Utente.

O instrumento, Questionário de audição ao utente mede os padrões e critérios em que o utente está melhor colocado para julgar a conformidade, por exemplo, o padrão 2.3⁴. De forma semelhante, os padrões e critérios que foram concebidos para medir elementos de prática clínica, tais como uma comunicação efectiva, ser educado e respeitar a dignidade dos utentes, não pode facilmente ser medido utilizando comprovação documental. Para avaliar estes padrões foi concebido o **Questionário de Audição ao utente**.

³ Padrão 19- O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.

Padrão 20- O Fisioterapeuta planeia o seu Desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida (DPC e ALV).

Padrão 21- O plano de DPC e ALV é implementado.

Padrão 22- O Fisioterapeuta avalia os benefícios do seu DPC e ALV.

⁴ É dada ao utente, a oportunidade de colocar questões.

1.**Metodologia de auditoria do processo clínico
em Fisioterapia a partir dos Padrões
relacionados com o utente****1.1 Metodologia de auditoria do processo clínico em
Fisioterapia a partir dos Padrões relacionados com o
utente.****Auditoria do processo clínico em Fisioterapia**

Para levar a cabo a auditoria do PCF as etapas indicadas nesta secção destinam-se a servir como guia. Algumas organizações podem ter recursos humanos que ajudem no processo de auditoria, dando apoio e conhecimentos específicos nesta área.

Este instrumento só deverá ser utilizado para analisar processos clínicos após alta.

**1.1.1 Seleção de uma amostra e obtenção dos processos dos
utentes**

Deve utilizar-se uma selecção aleatória dos processos. Esta selecção aleatória pode ser levada a cabo de diferentes formas (apêndice 1)

1.1.2 Preenchimento do documento de obtenção de dados

O documento que acompanha esta secção foi concebido para avaliar se os padrões de prática clínica foram alcançados. O documento pode ser fotocopiado⁵ e pode decidir-se acrescentar se necessário mais questões na folha em branco. O número junto de cada item refere-se ao número do critério e padrão. Isto ajudará na interpretação do instrumento. A caixa "não aplicável"(n/a), existe para situações, como por exemplo, o padrão 9.3⁶ é n/a quando ao utente não foi emprestado qualquer equipamento.

1.1.3 Análise dos dados

Para proteger a confidencialidade do utente, os dados lançados informativamente não devem incluir identificadores do utente. Se for necessário usar um identificador para cruzar referências dos utentes deve utilizar-se um código ou indicação numérica.

⁵ Autorização APF

⁶ Padrão 9.3 - É registado todo o equipamento emprestado ou fornecido ao utente.

Os resultados são habitualmente expressos em termos de proporção dos registos que estão em conformidade com os critérios, sob a forma de uma percentagem. Deve-se ter cuidado quando se processam os dados dos itens que incluem a resposta "n/a". Nestes casos as percentagens devem ser calculadas a partir das respostas **excluindo** os "n/a".

Por exemplo:

- 100 registos analisados
- 20 foram "n/a"
- 60 registos conforme o critério

Só os 80 registos devem ser incluídos na análise, portanto, a percentagem seria de: $(60/80) \times 100 = 75\%$

Os resultados são normalmente analisados de uma forma agregada para que se consiga avaliar o grau do cumprimento dos padrões. Algumas vezes é útil para os Fisioterapeutas auditarem os seus próprios registos, o que pode ser benéfico em pequenas unidades, ou com a finalidade de demonstrar o DPC e ALV. Se for necessário identificar os resultados individuais de um Fisioterapeuta, numa amostra grande, é boa prática utilizar códigos para identificar os Fisioterapeutas. A cada Fisioterapeuta é dado o seu código, mas não o dos colegas. A codificação só deve ser revelada com o consentimento de todos os participantes.

1.1.4 Interpretação dos resultados

A interpretação está muito dependente de circunstâncias locais. É essencial que as razões para não alcançar os Padrões sejam compreendidas e os planos sejam feitos com o acordo de todos os envolvidos na auditoria antes que quaisquer mudanças sejam implementadas. O processo de mudança é mais efectivo se os envolvidos fizerem parte do processo, mais do que lhes ser imposto.

1.1.5 Re-auditoria

É uma parte muito negligenciada do processo de auditoria, sendo contudo uma muito importante. É somente através de uma abordagem sistemática e regular de auditoria e re-auditoria que as melhorias podem ser medidas. Recomenda-se que a auditoria seja repetida pelo menos anualmente.

1.2 Auditoria ao processo clínico de Fisioterapia

Deve ser preenchido um exemplar para cada utente.

Fotocopie tantos exemplares quanto os necessários.

Assinale com uma cruz no quadrado para indicar uma resposta positiva.

1.2.1 Consentimento informado

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

Sim Não N/A

1.2.2 Recolha de dados

Padrão 5.1 - Existe evidência escrita referente à compilação de dados recolhidos relacionados com:

- | | Sim | Não | N/A |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) a percepção que o utente tem das suas necessidades; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) as expectativas do utente face à intervenção do Ft; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) os detalhes demográficos do utente; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) a condição e problemas actuais; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) a história clínica anterior; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) a medicação / tratamentos actuais; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) as contra indicações/ precauções e alergias; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) história sócio familiar e estilo de vida; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) investigações relevantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sim Não N/A

1.2.3 Exame

Padrão 5.2 - Existe evidência escrita do exame físico incluindo:

- | | Sim | Não | N/A |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) observação; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) instrumentos de avaliação ⁷ ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) técnicas específicas; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) palpação/ manuseamento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sim Não N/A

⁷ Conforme Circular Normativa n.º 9 da Direcção Geral da Saúde de 14.06.2003, deverá ser incluído em todos os registos a avaliação sistemática da intensidade da dor, utilizando uma das escalas propostas.

1.2.4 Medição da avaliação do resultado

Padrão 6.5 - O resultado da medição está registado.

Sim Não N/A

Padrão 6.6 - O mesmo instrumento de medida é utilizado no final do episódio de intervenção.

1.2.5 Análise

Padrão 7 - Existe evidência escrita referente:

Sim Não N/A

7.2 - à identificação dos problemas/ necessidades formuladas através da informação recolhida;

7.3 - às avaliações subjectivas identificadas;

7.4 - às avaliações objectivas identificadas;

7.5 - ao diagnóstico em Fisioterapia.

Nota: Esta é a recolha de dados do Fisioterapeuta sobre o problema (não é o diagnóstico médico).

1.2.6 Plano de Intervenção

Padrão 8.4 - O plano deve conter como documentos:

Sim Não N/A

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.

1.2.7 Implementação

Padrão 9

Sim Não N/A

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

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

9.3 - Está registado todo o equipamento emprestado ou fornecido ao utente.

1.2.8 Avaliação contínua

Padrão 10

Sim Não N/A

10.1 - Existe evidência escrita de que, em cada sessão, foram realizadas revisões, referentes:

- ao plano de intervenção;

- às medidas subjectivas;

- às medidas objectivas;

10.2 - Estão documentadas todas as alterações subjectivas e objectivas do plano de intervenção.

10.3 - Estão documentadas todas as alterações do plano de intervenção.

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

1.2.9 Transferência / Alta

Padrão 11

Sim Não N/A

11.2 - As providências tomadas estão registadas no processo do utente.

11.3 - Quando o utente foi transferido, foi transmitida a informação a quem continua a intervenção ou a dirige.

11.4 - Foi enviado um relatório de alta a quem o utente foi referido, respeitando as linhas de orientação específicas.

1.2.10 Documentação

Padrão 14

Sim Não N/A

14.1 - Os registos do utente foram iniciados desde o primeiro contacto.

14.2 - Os registos foram 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 foi realizado conforme os seguintes requisitos;

Sim Não N/A

- conciso;
- legível;
- com sequência lógica;
- datados;
- assinados após cada registo;
- o nome foi colocado após cada registo de forma legível.

Nota: quando os utentes são tratados sempre pelo mesmo Fisioterapeuta será suficiente aparecer o nome impresso apenas uma vez em cada lado da folha.

- não foi utilizado corrector;
- escrito a caneta que permaneça legível em fotocópia;
- quaisquer erros foram riscados com uma única linha e rubricados;
- cada folha de registo está numerada;
- o nome do utente, a data de nascimento, o número do processo ou o 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.

Padrão 15

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

Orientação: Respeita a 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 transportados e guardados pelo mesmo.

Segurança do Uteute do Fisioterapeuta

Padrão 16

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

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

Questões para auditoria

Esta página foi criada para acrescentar mais questões de auditoria se necessário.

Sim Não N/A

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.

Auditoria ao Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida

2. Auditoria ao Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida

2.1 – Metodologia de auditoria do DPC e ALV

Este instrumento audita o processo de DPC e ALV e refere-se aos Padrões 19 a 22. Para muitos Fisioterapeutas o percurso é registado no portfolio. Outros termos tais como diário, registo de aprendizagem ou Plano de Desenvolvimento Profissional são intermutáveis e podem igualmente aplicar-se. Todos providenciam meios factuais através dos quais as melhoras na prática podem ser demonstradas a outros, como resultado da aprendizagem.

O portfolio é um documento privado e pessoal, e deverá ser usado e organizado da forma que melhor se adequa ao indivíduo. A partir do portfolio pode ser extraída evidência de uma determinada actividade, por exemplo:

- avaliação das necessidades de aprendizagem;
- pedidos de emprego e processo de entrevista;
- pedido de acreditação de anterior aprendizagem a uma instituição académica;
- revisão de desempenho individual;
- cédula profissional.

O instrumento de auditoria deve ser usado pelo menos cada seis meses para monitorizar o processo de DPC e ALV.

2.2 Formulário de auditoria do DPC e ALV

Deve ser preenchido um exemplar para cada Fisioterapeuta.

Fotocopie os exemplares necessários.

A resposta positiva é assinalada através de um X na caixa adequada.

2.2.1. O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem

Padrão 19

	Sim	Não	N/A
19.1 – A avaliação tem em consideração:			
a) necessidades de desenvolvimento relacionadas com a melhoria da actual prática clínica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) feedback de dados da avaliação de desempenho;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) requisitos obrigatórios;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) inovações na prática clínica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) necessidades da organização;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) aspirações na carreira profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.2 Planeamento do DPC e ALV

Padrão 20

	Sim	Não	N/A
20.1 – Existe um plano escrito baseado na avaliação das suas necessidades de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2 – O plano inclui objectivos de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.3 Implementação do plano de DPC/ ALV

Padrão 21

	Sim	Não	N/A
21.1 – Existe registo escrito que evidencia a implementação do plano de DPC e ALV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2 – O plano é sujeito a pelo menos uma reavaliação de 6 em 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.4 Avaliação do plano de DPC e ALV

Padrão 22

	Sim	Não	N/A
22.1 – Existe registo de que os objectivos de aprendizagem foram atingidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2 – São desenvolvidos novos objectivos para garantir a continuidade do processo de DPC e ALV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

Revisão por Pares

3. Revisão por Pares

3.1 Metodologia da revisão por Pares

A revisão por pares dá uma oportunidade de avaliar o raciocínio clínico subjacente ao conteúdo da documentação sobre o episódio de cuidados do utente, tendo em vista a adequação das decisões clínicas feitas em cada etapa deste episódio. Este processo de revisão restringe-se aos Padrões 4 a 11 da secção referente à “Recolha de dados e Ciclo de intervenção.”

Este método permite que as capacidades de raciocínio clínico de um Fisioterapeuta sejam avaliadas por um par. Isto não deve ser confundido com outras formas de avaliação profissional; não significa um juízo sobre a competência individual para o seu trabalho nem um método de supervisão clínica ou avaliação.

Podem ser usados diferentes métodos de revisão por pares. Foi considerado demasiado difícil de implementar um modelo, que incluía a observação da prática clínica. Concordou-se em seguir o modelo descrito neste documento.

A revisão por pares deverá ser abordada com compromisso, integridade e confiança. Pode ser uma excelente oportunidade de aprendizagem para ambas as partes envolvidas, salientando o raciocínio clínico, julgamento profissional e capacidades reflexivas. Embora isto possa ser o caso para a maioria dos profissionais, poderá surgir uma situação de conflito quando as pobres capacidades de raciocínio clínico coloquem em risco a segurança do utente. Nestas circunstâncias excepcionais os Fisioterapeutas deverão procurar aconselhamento junto da sua associação profissional. De uma forma mais positiva, para a maioria dos Fisioterapeutas, a evidência da participação num processo de revisão por pares (um par ou Fisioterapeuta) deverá ser usada como uma parte da demonstração individual do seu desenvolvimento profissional contínuo e registado no seu portfolio de DPC.

Os parágrafos listados nas páginas seguintes dão orientação no modo de levar a cabo uma revisão por pares.

3.1.1 Seleccionar um par

Para o indivíduo obter o máximo benefício de uma revisão por pares, é importante que seja capaz de seleccionar o seu próprio par. Este é o factor que distingue a revisão por pares da supervisão clínica e avaliação. Os seguintes critérios servem como guia para identificar um par adequado:

- O par deve ser semelhante em termos de grau, qualificação, conhecimento, competências ou qualquer combinação destes (alguns Fisioterapeutas podem ter preferência por um par com grau mais elevado, mas isso é a sua escolha individual);
- O par seleccionado deverá ter uma complexidade de casos semelhante ou “casemix”;
- Podem não provir da mesma área clínica;
- O par deve trabalhar num tipo de prática clínica ou situação semelhante. Há respeito mútuo e uma confortável relação profissional;
- O par ficará satisfeito em participar.

3.1.2 Encontrar uma data e hora adequadas

O processo de revisão demorará cerca de duas horas.

3.1.3 Selecção dos processos clínicos, em fisioterapia, dos utentes

O par selecciona de forma aleatória um conjunto de processos clínicos dos utentes, a partir de uma amostra dos últimos utentes que o Fisioterapeuta tenha tratado. O processo de selecção é dependente das circunstâncias locais, e é portanto da responsabilidade do Fisioterapeuta e do par organizar tudo adequadamente.

3.1.4 Revisão dos processos clínicos de fisioterapia

Os registos são revistos pelo par para se familiarizar com o episódio de cuidados do utente. Nesta etapa, o Fisioterapeuta que está a ser objecto do processo de revisão pode desejar, ele próprio, voltar a familiarizar-se com o conteúdo detalhado dos processos.

3.1.5 Discussão do episódio de cuidados

Deverá centrar-se na avaliação das capacidades de raciocínio clínico ao longo do episódio de cuidados. As sete questões seguintes, estão directamente relacionadas com os padrões e devem ser formuladas para estruturar a discussão. Isto ocupará aproximadamente uma hora.

- Que fontes de informação considera que o ajudaram no processo de recolha de dados? (Padrão 4)
- Como é que alcançou um diagnóstico clínico, ou identificou os principais problemas do utente? (Padrão 7)
- Como é que decidiu qual o instrumento de medida de avaliação de resultados? (Padrão 6)
- Como é que seleccionou as técnicas de intervenção para corresponder às necessidades específicas do utente? (Padrão 8)
- Até que ponto correspondeu às expectativas do utente? (Padrão 10)
- Foi avaliada cada etapa do episódio de cuidados? (Padrão 10)
- Foi necessário comunicar com outros profissionais? Se sim, isso levantou algum problema especial? (Padrão 13)

3.1.6 Questões levantadas pela discussão

Quaisquer pontos levantados durante a discussão, que ambos, par e Fisioterapeuta considerem ser importante, deve ser documentada no documento de revisão. O par tem a responsabilidade de reflectir somente sobre aquilo que foi acordado entre os dois indivíduos, na sessão de revisão. O documento de revisão deverá ser mantido no portfolio do Fisioterapeuta, como evidência da aprendizagem.

3.1.7 Identificar áreas para educação e desenvolvimento

O par tem a responsabilidade de identificar áreas potenciais para futura educação e desenvolvimento, em concordância com o Fisioterapeuta. Ambas as partes podem então formular um plano de acção calendarizado.

3.1.8 Data para nova revisão

Marca-se uma data para voltar a rever. É importante que o processo seja regular e levado a cabo pelo menos anualmente.

Documento de revisão por pares

A revisão por pares foi realizada em: ___/___/___

Nome do Fisioterapeuta: _____

Local de trabalho _____ Telefone: _____

Nome do par revisor: _____

Local de trabalho _____ Telefone: _____

Resumo dos pontos levantados durante a discussão

Sugestões acordadas para futura educação e desenvolvimento

Plano de acção

Data da nova revisão: ___/___/___

Assinatura do Fisioterapeuta: _____

Assinatura do par: _____

4.

Questionário de Audição ao utente

4. Questionário de audição ao utente

4.1 Metodologia

É crescente o envolvimento dos utentes com os profissionais de saúde na partilha de tomada de decisões sobre os cuidados, assim como a monitorização da qualidade desses cuidados. Ao desenvolver a componente de audição do utente, nestes instrumentos de auditoria, reconhece-se que apenas os utentes podem julgar aquilo que é qualidade de cuidados. A Fisioterapia não pode ser considerada de elevada qualidade a não ser que seja eficaz, eficiente, e aceite pelo utente. O questionário de audição proporciona os meios para medir os padrões e critérios que os outros instrumentos de auditoria anteriores não podem medir, uma vez que os utentes são os que melhor podem avaliar.

4.1.1 Identificação da amostra

Uma amostra que dê origem a 80-100 questionários devolvidos pelos utentes deverá proporcionar uma informação robusta. As percentagens de respostas variam entre 30 e 90% dependendo das características do grupo de utentes e da forma segundo a qual o questionário foi administrado, devendo o Fisioterapeuta estar preparado para aumentar adequadamente a amostra.

4.1.2 Recolha de questionários

Esquematem-se a seguir algumas sugestões de boa prática:

- Informar que este trabalho vai ser levado a cabo. As pessoas irão reagir bem e dar apoio, encorajamento e assistência no decorrer do processo;
- Em determinados locais pode ser necessário obter aprovação da Comissão de Ética, para aplicar este tipo de questionário. Embora isto seja raro, devem seguir-se as determinações locais;
- Quando um Fisioterapeuta decide aplicar os questionários, deve em primeiro lugar assegurar-se que o utente está contente em participar. Uma explicação cuidadosa, dada pessoalmente, assegura uma maior percentagem de respostas. Se um indivíduo não quer participar deve sempre ter direito de declinar sem medo que a subsequente prestação de cuidados seja afectada;
- Se o questionário é enviado pelo correio, sem aviso, deve-se ter o maior cuidado em confirmar a morada do utente e se ele é capaz de o preencher (mandar um questionário a alguém que já morreu é bastante perturbador para os parentes ou cuidadores). Providencie sempre um nome de contacto e telefone, caso haja dúvidas;

- Uma carta de apresentação personalizada do questionário e um envelope de resposta paga, ou selado, deverão ser usados para aumentar a percentagem de respostas;
- Para encorajar a honestidade das respostas de auditoria dos utentes deverá ser-lhes assegurado que os comentários que fizeram permanecerão confidenciais;
- Se a resposta do questionário demorar a chegar, poderá ser útil voltar a lembrá-lo de uma forma educada. Contudo, os utentes não devem ser coagidos a participar;
- Uma pessoa independente ou um serviço deverá, se possível, receber os questionários de modo que o utente não se sinta desconfortável com a ideia de que os Fisioterapeutas lerão qualquer coisa que ele tenha escrito. Conselho e ajuda prática deverão estar disponíveis através do serviço local de relações com os utentes.

4.1.3 Análise dos dados

Para proteger a confidencialidade do utente, os dados lançados informaticamente não devem incluir identificadores do utente. Se for necessário usar um identificador para cruzar referências dos utentes deve utilizar-se um código ou indicação numérica.

Os resultados são habitualmente expressos em termos de proporção dos registos que estão em conformidade com os critérios, sob a forma de uma percentagem. Deve-se ter cuidado quando se processam os dados dos itens que incluem a resposta "n/a". Nestes casos as percentagens devem ser calculadas a partir das respostas **excluindo** os "n/a".

Por exemplo:

- 100 registos analisados
- 20 foram "n/a"
- 60 registos conforme o critério

Só os 80 registos devem ser incluídos na análise, portanto, a percentagem seria de:

$$(60/80) \times 100 = 75\%$$

Os resultados são normalmente analisados de uma forma agregada para que se consiga avaliar o grau do cumprimento dos padrões. Algumas vezes é útil para os Fisioterapeutas auditarem os seus próprios registos, o que pode ser benéfico em pequenas unidades, ou com a finalidade de demonstrar o DPC. Se

for necessário identificar os resultados individuais de um Fisioterapeuta, numa amostra grande, é boa prática utilizar códigos para identificar os Fisioterapeutas. A cada Fisioterapeuta é dado o seu código, mas não o dos colegas. A codificação só deve ser revelada com o consentimento de todos os participantes.

4.1.4 Interpretação dos resultados

A interpretação está muito dependente de circunstâncias locais. É essencial que as razões para não alcançar os Padrões sejam compreendidas e os planos sejam feitos com o acordo de todos os envolvidos na auditoria antes que quaisquer mudanças sejam implementadas. O processo de mudança é mais efectivo se os envolvidos fizerem parte do processo, mais do que lhes ser imposto.

4.1.5 Re-auditoria

É uma parte muito negligenciada do processo de auditoria, sendo contudo uma muito importante. É somente através de uma abordagem sistemática e regular de auditoria e re-auditoria que as melhorias podem ser medidas. Recomenda-se que a auditoria seja repetida pelo menos anualmente.

Questionário de audição ao utente

Caro/a Utente

Frequentou recentemente os nossos serviços, para receber cuidados de fisioterapia.

Queremos prestar os melhores cuidados e por isso estamos interessados em saber a sua opinião. As suas respostas a este questionário irão contribuir para ajudar a melhorar os cuidados de fisioterapia.

Não existem respostas certas ou erradas, cabe-lhe a si decidir sobre a qualidade da sua experiência.

Esta informação é confidencial, impedindo a sua identificação por qualquer elemento do serviço onde fez fisioterapia.

Por favor dê-nos um pouco do seu tempo e preencha este questionário. Coloque uma cruz no quadrado adequado e faça os comentários que entender necessários, nos espaços reservados para o efeito.

O questionário é anónimo, coloque-o dentro da uma disponibilizada para o efeito.

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário de audição ao utente, Adaptado por M^a Graça Barros, António Lopes e José Pascoalinho Pereira, ESSA - 2002 (Versão rectificada em 2004)

Questionário de audição ao utente

1. Se for outra pessoa, que não a própria, a preencher este questionário, por favor diga qual sua relação:

- marido / esposa / filho / filha
- pai / mãe ou substituto legal
- outros familiares
- Cuidador (pessoa que cuida do doente)

2. O seu tratamento foi realizado por:

- um aluno/estagiário de fisioterapia
- um fisioterapeuta
- um auxiliar de acção médica
- outro qual: _____
- não sei

Ao recorrer aos cuidados de fisioterapia

2.1 Depois de uma consulta médica/visita médica, quanto tempo esperou até iniciar a fisioterapia ?

- menos de 24 horas
- entre 1 a 7 dias
- entre 1 a 4 semanas
- entre 1 e 2 meses
- mais de 2 meses

Sim Não N/A

2.2 Pode participar na escolha do horário das sessões de tratamento de fisioterapia

3. Sessões de fisioterapia

Classifique as seguintes afirmações de acordo com a sua opinião

3.1 Os fisioterapeutas dirigiam-se a mim, tratando-me pelo nome que escolhi.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Fui tratado com cortesia e consideração.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Não me foi dada a possibilidade de expressar a minha opinião.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Senti-me envolvido nas decisões relativas ao plano do tratamento.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 O fisioterapeuta ouviu-me atentamente.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 O fisioterapeuta informou-me sobre os objectivos a atingir.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 O fisioterapeuta fez-me sentir pouco à vontade.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.

4.1 Pretendemos ser sensíveis às suas expectativas. Na sua opinião, isso foi alcançado? _____ Se respondeu não, aponte as suas razões:

4.2 Pretendemos ser sensíveis aos seus receios e ansiedades. Na sua opinião, isso foi alcançado? _____ Se respondeu não, aponte as suas razões:

5.

5.1 Foi-me dito o nome do fisioterapeuta responsável pelo meu tratamento? Sim Não

5.2 Foram-me dadas a escolher várias opções de tratamento?

5.3 Fui encorajado a dizer o que pretendia?

5.4 Foram-me explicados os resultados da avaliação feita pelo fisioterapeuta no final da 1ª sessão?

6.

6.1 Pediram-me para fazer algumas actividades com as quais não concordei.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2 Deram-me toda a privacidade que desejei.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 O fisioterapeuta utilizou palavras que eu não compreendi.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4 O fisioterapeuta foi brusco quando me fez o tratamento.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.	Sim	Não	N/Sabe	N/A
7.1 O fisioterapeuta explicou-me os benefícios e os riscos inerentes ao tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Deram-me oportunidade para colocar questões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Informaram-me do meu direito de recusar o tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Foi-me dada opção de ser tratado por um fisioterapeuta qualificado, caso me tenha sido proposto ser tratado por um aluno/estagiário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Mostraram-me os progressos por mim alcançados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Antes de falar com a minha família/amigos pediram a minha permissão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 O fisioterapeuta discutiu comigo a possibilidade de facultar informação sobre a fisioterapia, quando outros profissionais de saúde estiveram envolvidos no tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Foi-me explicado claramente o que tinha que fazer ao ter seguir um programa de exercícios em casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9 Assinei algum documento dando o meu consentimento, caso tenha sido fotografado ou filmado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10 Foi-me indicada a forma de pedir ajuda, caso tenha sido deixado sozinho durante a sessão de tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Uma vez terminada a intervenção da fisioterapia, os procedimentos para alta, devem decorrer com normalidade.

Na altura da alta da fisioterapia (se não se aplica, passe à questão nº 9)

8.1 Senti-me envolvido no planeamento da minha alta.	discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Fui avisado com antecedência da data prevista para a minha alta.	discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3 Compreendi facilmente o meu fisioterapeuta.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4 Todos os procedimentos para a minha alta, decorreram com normalidade.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Foram-me dadas instruções para a utilização de equipamento/ material caso este me tenha sido fornecido, para utilizar no domicílio?

Sim Não N/A

10. Impressões Gerais

Por favor, indique a sua impressão global acerca dos cuidados que recebeu na fisioterapia.

10.1 De um modo geral fiquei muito satisfeito.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Os resultados obtidos não corresponderam às minhas expectativas.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.3 A fisioterapia foi uma total perda de tempo.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.4 Eu gostei de vir à fisioterapia.

discordo totalmente	discordo	neutro	concordo	concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Por favor acrescente alguns comentários que possam ajudar-nos a melhorar os cuidados prestados.

**Por favor coloque o questionário
dentro da urna disponibilizada para o efeito.**

Muito obrigado pela sua colaboração

Apêndice 1

Amostra aleatória

O aspecto mais importante é a exclusão de potenciais enviesamentos. Se for necessário uma amostra de 20% dos registos de um mês, uma opção fácil-aleatória simples- é tomar todos os registos do mês e aleatoriamente seleccionar 20% (utilizando o computador ou tabelas de números aleatórios).

Se for necessário garantir que são seleccionados registos de todo o leque da distribuição dos registos, deverá ser utilizado como técnica de amostragem o método aleatório sistemático (Intervalo = N/n). O tamanho da amostra depende muito das características de cada serviço.

Exemplos para decidir o tamanho da amostra:

- 20 % dos utentes vistos no último mês (para serviços de grandes dimensões resulta numa amostra muito grande).
- o registo de 10 doentes por cada Fisioterapeuta (para poucos profissionais resulta numa amostra muito pequena).
- 100 registos dos utentes com alta (se houver várias áreas de intervenção será apropriado seleccionar uma proporção de registos em cada área).
- É importante que a amostra seja suficientemente grande (n maior que 30) para representar a amplitude da prática incluída na auditoria.



PARECER

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), apresentou à Assembleia da República, em 30 de Abril de 2008, uma proposta relativa à transformação desta entidade em Associação Pública Profissional, de harmonia com o regime quadro aprovado pela Lei nº 6/2008, de 13 de Fevereiro.

Nos termos do nº 3 do artigo 2º, a criação de novas associações públicas profissionais é sempre precedida de um estudo elaborado por entidade de reconhecida independência e mérito, sobre a sua necessidade em termos de realização do interesse público e sobre o seu impacto sobre a regulação da profissão em causa.

Nestes termos e, para os devidos efeitos, compete a esta Universidade pronunciar-se sobre o pedido em causa, tendo em vista a aferição quanto à necessidade da sua criação, em termos de realização do interesse público e sobre o seu impacto sobre a regulação da profissão em causa, de fisioterapeuta.

Tal estudo, desenrola-se, tendo por seu respectivo enquadramento, os seguintes temas, considerados pilares estruturais da sua avaliação, bem como da determinação do mérito do pedido, da sua legitimidade, responsabilidade e funcionalidade:

- I. *Da legitimidade;*
- II. *O enquadramento jurídico da devolução de poderes à sociedade civil organizada*
- III. *Do enquadramento jurídico do sistema de saúde nacional e da sua evolução, com a entrada de entidades privadas, directamente, para o Serviço Nacional de Saúde, bem como a empresarialização do mercado de trabalho;*
- IV. *Da acreditação e autonomia dos profissionais;*
- V. *Da evolução da fisioterapia e do ensino da fisioterapia em Portugal;*
- VI. *Do número de fisioterapeutas existentes, e sua prospecção*
- VII. *Das linhas mestras e delimitadoras, internacionais, da formação e exercício profissional da fisioterapia;*
- VIII. *A visão comparada;*
- IX. *Conclusões.*

I - Da legitimidade:

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas doravante sempre identificada como APF, é uma associação particular, sem fins lucrativos, que congrega um elevado e representativo número de fisioterapeutas, tendo à presente data cerca de 3800 (três mil e oitocentos) associados, de entre 4389 registados (dados oficiais).

A APF, conforme seus estatutos e demais documentos, considerados transcritos na sua íntegra, para todos e devidos efeitos e trazidos a esta análise, foi criada em 1960, mantendo-se com o estatuto de associação em formação até à sua escritura pública lavrada no 10º Cartório Notarial de Lisboa,



em 8 de Julho de 1975, tendo os seus estatutos sido integralmente revistos em 13 de Março de 1998, em resposta às necessidades efectivamente sentidas, atenta a evolução natural da Associação, dos fisioterapeutas e da sociedade em geral.

Facto é que a APF existe e desenvolve actividade há 48 anos, apoiando os seus associados em todos os aspectos ligados à sua vida profissional, tendo, conforme consta da publicação no Diário da República, III Série, n.º 94, de 22 de Abril de 1998, como fins, entre outros, a defesa da ética, da deontologia e da qualificação profissional dos seus associados e, bem assim, desenvolver todas as iniciativas conducentes ao seu reconhecimento como Associação de direito público, de modo a atribuir o título profissional de fisioterapeuta e a regulamentar o exercício desta profissão.

Vejamos se conseqüentemente.

Desde a sua criação que logrou atingir este objectivo, desenvolvendo-se, internamente, desconcentrando-se e descentralizando-se, quer na sociedade, de molde a criar as condições que hoje, vêm respaldadas na estatuição normativa.

De referir, ainda, que a APF tem aprovados princípios e normas deontológicas que, de resto, são comuns aos princípios deontológicos e éticos aprovados pela Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), organização internacional da qual é membro, que foram aceites e são seguidos pelos seus associados.

No plano internacional, a APF pertence à já mencionada Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), para além de ser membro da Região Europeia dessa organização.

A APF tem vindo a desenvolver numerosos cursos, seminários e demais actividades formativas com vista ao aperfeiçoamento profissional dos seus associados em todas as áreas de intervenção da fisioterapia, atenta a evolução científica e as cada vez maiores exigências no dia a dia de cada profissional.

Tal atitude e factos parecem demonstrar uma identidade forte e acrescida, nos últimos tempos, no desenvolvimento do que de melhor consta haver em termos internacionais

Sendo, apenas no domínio público, uma profissão inserida numa carreira com mais 17 profissões, entende-se, desde já que, face à eventual comparatividade com a hipótese de criação de uma Ordem para mais do que uma profissão, tal facto parece manifestamente desaconselhável, já que a fisioterapia é uma disciplina científica, com um corpo de saberes próprios, que produz no âmbito da sua área específica de conhecimento e intervenção.

Prova disso são as inúmeras publicações especializadas de fisioterapia com conteúdos de investigação científica, existentes a nível mundial, que encontramos, bem como as teses de mestrado e doutoramento nos domínios da investigação científica na área da Fisioterapia, que conhecemos.



O fisioterapeuta é um profissional autónomo, que intervém directamente na prestação de cuidados e na promoção da saúde, bem como na prevenção da doença, sendo um agente de contacto directo com os utentes, estando dotado tecnicamente da capacidade de iniciar um processo e de o conduzir até ao fim na sua área de intervenção, nomeadamente no que diz respeito à avaliação, diagnóstico, planeamento, execução, aferição e determinação da alta da fisioterapia.

Este exercício é levado a cabo segundo as normas de boas práticas, o estado da arte, os legítimos interesses dos utentes, o respeito pela ética e pelas normas deontológicas da profissão, bem como em articulação com todos os outros profissionais de saúde, que intervém directa ou indirectamente, junto de cada utente.

O número de Estabelecimentos de Ensino Superior que actualmente formam Fisioterapeutas em Portugal, têm aumentado significativamente nos últimos anos, o que, para além de fazer prever um grande aumento no número de profissionais no mercado de trabalho, pressionará a sua actual distribuição para o sector privado.

Por outro lado, o enquadramento e o âmbito do exercício das dezoito profissões incluídas na designação de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica ao nível de carreira na função pública e, só neste enquadramento, são manifestamente dispares e reflectem uma heterogeneidade que aglutina sob esta designação profissões não convergentes e que dificilmente encontram entre si um denominador comum, a não ser o facto de serem da área da saúde.

Verifica-se que as 18 profissões designadas incorrectamente de Tecnologias da Saúde, estão classificadas em quatro áreas diferentes, atestando a sua diversidade (Classificação Nacional de Áreas de Formação (CNAF)).

Efectivamente a Fisioterapia encontra-se inserida na área "Terapia e Reabilitação", a par com outras 3 profissões Dietética, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional.

A fisioterapia situando-se na vertente de intervenção terapêutica e acolhendo no seu seio inúmeras áreas de especialização, considera ser prejudicial a reunião de tantas e tão diferentes profissões, com preocupações, modelos de exercício e processos de evolução profissional distintos, numa Ordem única, por se adivinharem obstáculos dificilmente contornáveis, nomeadamente no que diz respeito à representação, representatividade e definição de prioridades de intervenção.

A fisioterapia distintamente da maioria das outras dezassete profissões centra a sua intervenção e os seus objectivos nos planos da incapacidade, da inadaptação e da funcionalidade, em clara consonância com as mais recentes directivas da OMS.



Num plano global de promoção da saúde e prevenção da doença e não apenas na patologia e na doença.

A que acrescerá a tradição e a história, que apontam inequivocamente na direcção de Ordens de profissão única, pelo que a aglutinação de diversas profissões na mesma Ordem para além de inédita, abriria precedentes para desenvolvimentos imprevisíveis, cuja eventual irreversibilidade seria prejudicial na manutenção do desígnio subjacente a uma instituição desta natureza.

Com efeito, a criação de uma Ordem, dita associação profissional, é determinada pela assumpção, activa ou reactiva, por parte do Estado, e seu do reconhecimento quanto ao dinamismo e organização da sociedade civil organizada.

Através das associações de direito público os profissionais adquirem assim a possibilidade de se auto-regularem, dentro dos limites impostos pelo quadro legal que as constituiu. Esta devolução de poderes pode incluir, entre outros aspectos, a possibilidade de definir os critérios de qualidade da formação exigida para acesso ao título profissional, a competência para atribuir títulos de especialista, a responsabilidade pelo controle e desenvolvimento da qualidade do exercício profissional, e a possibilidade de proceder disciplinarmente em relação aos seus membros.

Pelo que a sua inscrição nestas associações de direito público é obrigatória para ter acesso ao exercício da actividade profissional em causa, pelo que a capacidade de controlo é global e extensiva a todos os profissionais.

Configurando-se nestes termos a denominada devolução de poderes à sociedade civil, na presunção de que, por mais ágil e dinâmica, mas também mais próxima da aferição dos pressupostos e preenchimento dos requisitos mínimos necessários para o exercício legal de uma profissão, ela é capaz de se dirigir, de harmonia com a *legis artis* específica.

Com efeito, em termos gerais, a regulamentação da actividade visa em primeiro lugar a protecção dos cidadãos.

Através deste mecanismo, os utentes que recorrem aos serviços e aos profissionais em causa têm a garantia de que eles detêm um nível de competências aceitáveis para essa função.

A Fisioterapia é uma disciplina científica autónoma, plenamente reconhecida nos planos nacional e internacional, pelo que se desenvolve a criação de cursos de mestrado e o aumento das oportunidades de obtenção de doutoramentos, em universidades portuguesas.

O Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, refere concretamente que o exercício dos fisioterapeutas se desenvolve em "complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional".



O elemento central da autonomia profissional reside na garantia de que os fisioterapeutas a nível individual, têm a liberdade de tomar as suas decisões profissionais, na promoção de saúde, na prevenção ou prestação de cuidados e tratamentos aos utentes/clientes, dentro dos limites do respectivo conhecimento e competência. (Declaração de princípio da WCPT- 1995).

Já em 2004, no estudo de Freire sobre as Associações Profissionais em Portugal (pg. 23), a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas aparece referenciada (na resposta ao inquérito realizado em 2002) como uma das vinte associações que pretendia o estatuto de associação pública, das quais seis eram igualmente da área da saúde. Freire, João (org.), 2004, Associações Profissionais em Portugal, Celta Editora, Oeiras

Também na sua obra "Retrato Político da Saúde", em 2004, Jorge Simões referindo-se à emergência de novos poderes nos profissionais de saúde, diz "O outro poder emergente, embora numa fase mais atrasada de afirmação, mas não mais lenta, é o das tecnologias da saúde, ou dos técnicos paramédicos.

Estes profissionais têm, por um lado, a situação peculiar de se constituírem em dezoito diferentes profissões, com distintos graus de autonomia e de poder, sendo a fisioterapia a profissão que mais visivelmente se distancia das outras profissões paramédicas, com um processo de afirmação próprio. Por outro lado, a formação destes técnicos confere também o grau de licenciatura ainda que com um formato diferente da dos enfermeiros" (pg. 166). Simões, Jorge, 2004, "Retrato Político da Saúde", Almedina, Coimbra.

Aos detentores dos cursos de fisioterapia previstos no mesmo Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto, é garantido o acesso ao uso do título profissional, o que equivale a dizer que é reconhecida a esses cursos a qualidade suficiente de preparação para um exercício profissional autónomo.

Não é por isso aceitável que outros profissionais tentem abusivamente condicionar essa autonomia.

Quanto a esta individualidade reconhece-se a determinação da classificação nacional das profissões, conforme sítios públicos da sua referenciação e publicitação.

Com efeito, para este enquadramento, confere a consulta da Classificação Nacional de Áreas de Formação (CNAF), do Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho, aprovada pela Portaria 316/2001, de 2 de Abril, baseada na Classificação Internacional Tipo da Educação da UNESCO e na Classificação das áreas de Formação. Elaborada sob supervisão da UNESCO e do Centro Europeu para o e Desenvolvimento de Formação Profissional (CEDEFOP), que coloca a Fisioterapia no Grande Grupo de Saúde e Protecção Social, área de Estudo - Saúde - e dentro das áreas de Educação e Formação -Terapia e Reabilitação (726).



Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação
<http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/archive/doc/22812313.pdf>

7	Saúde e Protecção Social	
72	Saúde	
724	Ciências Dentárias	Ciências dentárias, Higiene dentária Cirurgia dentária Cuidados dentários, Higiene dentária Odontologia Ortodoncia Saúde pública dentaria Tecnologia de laboratório dentário
725	Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica	Imagiologia Proteses, (auditivas, ortopedicas) Radiologia Radioterapia Tecnologia de Laboratório Médico Tecnologia Optica Tecnologia Protésica
726	Terapia e Reabilitação	Ciências da Nutrição Fisioterapia Nutrição Humana, Social e Escolar Reabilitação Reabilitação profissional Terapia da Fala Terapia Ocupacional
727	Ciências Farmacêuticas	Farmácia
862	Segurança e Higiene no trabalho	Ambiente de trabalho Higiene no trabalho Protecção no trabalho Segurança profissional Segurança no trabalho

II – O enquadramento jurídico da devolução de poderes à sociedade civil organizada:

Como se reconhece a *Devolução de Poderes* é a figura administrativa, que consiste em o Estado entregar a gestão de certo interesse ou feixe de interesses colectivos a uma entidade terceira, infra estadual, dotada de personalidade jurídica e preferencialmente plena de autonomia, ou seja, de autonomia administrativa e financeira.

A devolução de poderes descongestiona a responsabilidade e o trabalho dos governos e a lei devolve poderes, que em princípio seriam do Estado, à



sociedade, através de pessoas colectivas que o exerçam através de órgãos próprios, sobre as quais apenas estabelecerá uma acção tutelar, tendente à sua coordenação com outras actividades públicas.

Neste caso, a devolução de poderes terá que consubstanciar na sua materialização por uma de duas vias possíveis, ou seja, pelo aproveitamento das próprias associações particulares, para através delas realizar fins de interesse público.

Por outro lado, o Estado não está vocacionado para a apreciação das questões deontológicas e disciplinares a nível da prestação de cuidados de fisioterapia, não existindo, à presente data, em Portugal, quem exerça tais poderes a nível da prestação de cuidados de fisioterapia privada.

Tanto assim é que, conforme Base XL da lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.

Sendo que, o exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos (dizia-se ao tempo).

Ora, passados 18 anos, tal registo não se encontra feito.

Mais, a APF, por seu lado, tem já uma estrutura e uma organização implantada, descentralizada, com órgãos eleitos e em funções, com capacidade logística para desempenhar as indicadas funções, tendo inclusive normas regulamentares no âmbito eleitoral e disciplinar.

Não obstante a APF estar a desenvolver actividades também no âmbito disciplinar e deontológico, nas formas possíveis, atenta a sua natureza de associação particular, aspectos há que lhe estão interditos e que importaria que ficassem a seu cargo, como seja a emissão do título profissional a quem, de facto, tem as condições para dele ser portador e o controlo do exercício da profissão por quem para tal não está habilitado.

O reconhecimento de tais limitações, assenta, por seu lado, na evidência e constatação da incapacidade do Poder público em tutelar tal número de profissionais, regulando-os.

Sendo até curioso que em muitos casos a própria APF apresentou junto do poder executivo propostas de mecanismos legais que, em boa razão, cerceariam a sua intenção criativa e transformadora em Ordem, nomeadamente no que em sede de licenciamentos respeita.

Com efeito, a fisioterapia é uma profissão de saúde, cujo regime, a nível geral, consta do Decreto-Lei nº 261/93, de 24 de Julho, e que se encontra regulamentada no âmbito público como profissão integrada na carreira dos



técnicos de diagnóstico e terapêutica, desde sempre contra sua vontade, nos termos do Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.

Ora, nos termos daquele primeiro diploma, o exercício desta profissão depende da verificação de dois requisitos: a titularidade de curso ministrado em estabelecimento de ensino oficial ou particular, reconhecido nos termos legais, ou de diploma ou certificado reconhecido como equivalente e a titularidade de carteira profissional ou título equivalente, emitido ou validado por entidade pública.

Ainda de acordo com o mencionado diploma, cabe ao Ministério da Saúde proceder ao registo dos profissionais nele abrangidos.

Assim, não há qualquer entidade pública que verifique as condições que a Lei exige para o exercício da profissão.

Como consequência desta omissão, aquilo que se verifica é que, no âmbito privado, campo maioritário de trabalho destes profissionais, a fisioterapia é exercida, em elevado número de situações, pelos incorrectamente chamados "auxiliares de fisioterapia", pessoas sem qualquer formação académica de base e que, por essa razão, são, do ponto de vista económico, mais acessíveis para os donos das clínicas e gabinetes que trabalham nesta área, com claro prejuízo para a saúde dos cidadãos em geral, já para não mencionar os custos financeiros acrescidos para quem suporta a despesa com os tratamentos efectuados por quem para tal não possui formação adequada, que na grande maioria dos casos, é o Estado.

Na verdade, o fisioterapeuta é um profissional de saúde, que intervém no âmbito da prevenção, da prestação de cuidados de saúde primários, na manutenção e reabilitação de indivíduos e comunidades, tendo uma formação académica de nível superior, que é ministrada em estabelecimentos públicos e privados reconhecidos legalmente.

Assim, também quanto a este enquadramento parece poder-se concluir que a transformação em causa, da APF, em Ordem, não acarretará, por seu lado, quaisquer custos para o Estado.

Antes, poderá revelar-se útil para o Estado já que o Ministério da Saúde não tem tido capacidade para exercer o controlo necessário relativamente à habilitação de quem exerce a profissão, limitando-se a proceder à emissão das respectivas cédulas profissionais.

III - Do enquadramento jurídico do sistema de saúde nacional e da sua evolução, com a entrada de entidades privadas, directamente, para o Serviço Nacional de Saúde, bem como a empresarialização do mercado de trabalho:

Como bem sabemos, de harmonia com o artigo 64º da Constituição da República, todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.



Sendo que o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Por força da Lei de Bases da Saúde, aprovada inicialmente pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, na sua Base IV, o sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde.

E por força da Base V, os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses, sendo reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.

A Base XII vem determinar que o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.

Ora, neste âmbito, não só o Serviço Nacional de Saúde tem tido a tendência que determina a denominada fuga para o direito privado, tendo por determinação a primeira alteração à Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 27/2202, de 8 de Novembro, como disso foram exemplo o pacote de 2002, das 23 sociedades anónimas de capitais públicos, como é hoje realidade, a maior parte da rede hospitalar consubstanciar-se, já, em estabelecimentos públicos empresariais, cujo regime quadro se encontra no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro

Associado a este facto, acresce referir que a revisão da reforma da Administração Pública resulta, ainda com enquadramento nestes profissionais, a criação de regimes legais assentes na contratação colectiva, como o determinam a Lei nº 12-A/2007, de 27 de Fevereiro e a sua regulamentação, constante da Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro.

Ora, associando-se ainda a este espectro, de natureza publicista, o crescendo mercado da saúde no âmbito do sector privado, com o reconhecimento de que o Estado não tem sido capaz de promover, nomeadamente a este propósito, o que consta da Base XV da Lei de Bases da Saúde, parece haver mais um indício de que se torna, fundamental, a criação de uma associação profissional de fisioterapeutas, de natureza pública.

Com efeito, a lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica, tendo em atenção a relevância social da sua actividade.



E tal, parece apenas ser atingível mediante a devolução de poderes, devidamente organizada através de uma associação desta natureza.

Que permita e seja consequente no que à regulação respeita.

IV- Da acreditação e autonomia dos profissionais:

Estribados no reconhecimento da exigência, que se saúda, determinante da qualidade da, e na, prestação de cuidados de saúde, dado o universo em causa, parece ter-se que caminhar para um modelo representativo próprio da profissão, o que inelutavelmente determinará, no espectro do ordenamento jurídico de um Estado de Direito, e na sequência da evolução do que se demonstra na União Europeia, pela criação de uma associação profissional, a qual reúne as condições legais para a sua designação como Ordem.

Com efeito e, atentas a evolução da profissão e da actividade, parecem estar reunidas as condições determinantes para o reconhecimento formal, atentos os requisitos previamente definidos e competentemente desenvolvidos, com confiança.

A criação de uma Ordem, parece ainda permitir a garantia do cumprimento dos requisitos gerais para organismos de acreditação, tendo em vista que esta é "atestação de terceira parte relacionada a um organismo de avaliação da conformidade, comunicando a demonstração formal da sua competência para realizar tarefas específicas de avaliação da conformidade".

Ou seja, tal significará que este organismo independente executa uma verificação imparcial da competência para executarem as suas actividades, transmitindo confiança para o cliente e às autoridades reguladoras sobre os produtos, processos ou serviços avaliados.

Como se reconhece, a acreditação é uma operação de validação técnica e de reconhecimento da capacidade de uma determinada entidade para intervir no âmbito de determinada actividade.

Esta validação é feita numa lógica de conformidade com o referencial de qualidade ou norma do sistema, tendo por objectivos:

- Contribuir para a elevação da qualidade e adequação das intervenções educacionais;
- Contribuir para um maior rigor e selectividade no acesso e eficácia de uma determinada profissão;
- Contribuir para a clarificação da oferta educacional, mediante a construção de referenciais que possam constituir base de orientação para utilizadores, entidades formadoras, profissionais de formação e cidadãos em geral;
- Contribuir para a estruturação do sistema de formação profissional e a profissionalização dos seus actores;



- Apoiar as entidades na melhoria gradual e contínua das suas capacidades, das suas competências e dos seus recursos pedagógicos.

Ora, face ao estipulado pela Lei de Bases da Saúde e feito o diagnóstico de necessidades, o que resultará do planeamento, organização, desenvolvimento e acompanhamento e Avaliação, conforme insito em sede de projecto estatutário, estão criadas, e demonstradas as condições necessárias à criação da Ordem Profissional dos Fisioterapeutas.

V Da evolução da fisioterapia e do ensino da fisioterapia em Portugal:

O entendimento da fisioterapia é feito, em larga dimensão, pelo reconhecimento dos factores que influenciaram a profissão no passado, os que a influenciam actualmente e os que virão a interferir no futuro (Schmoll, 1989).

As condições que influenciam a profissão podem dividir-se em factores que incluem os valores e princípios sociais, a evolução demográfica da população, as condições económicas, as orientações governamentais, as acções de organizações públicas e privadas, as políticas de saúde e os avanços tecnológicos e científicos, assim como a percepção de eficácia e auto eficácia da fisioterapia e do fisioterapeuta.

Segundo Carapinheiro, (1998) em Portugal nas últimas décadas, tem-se verificado o aumento do peso relativo das profissões científicas e técnicas, bem como de quadros superiores e directores.

Este fenómeno atinge predominantemente grupos profissionais das áreas do ensino, da saúde e das engenharias (1998).

A construção das profissões decorre de uma especialização de serviços, satisfazendo um determinado mercado, que através das associações profissionais consegue a protecção exclusiva quer dos clientes quer dos profissionais, estabelecendo a separação entre pessoas qualificadas e não qualificadas, fixando códigos deontológicos e de ética profissional.

Outros autores, como Tavares (2007), procuram na abordagem funcionalista explicar este fenómeno.

Esta abordagem tem como base três pressupostos para definir conceito de profissão.

São eles, o estatuto profissional, o reconhecimento social da competência e as instituições profissionais como resposta às necessidades sociais.

As escolas e instituições de ensino superior, as associações profissionais e as ordens profissionais (sistema de licenças que protege a autoridade e o prestígio profissional e assegura o controlo social) são estruturas que organizam os grupos profissionais (2007).



De facto, Wilensky, (1964) considerou o percurso dos cinco passos para o processo de profissionalização: a necessidade da ocupação; a formação profissional; a associação profissional; a protecção do território ocupacional; e o código de ética.

Estes cinco passos são perfeitamente identificados e identificáveis ao longo da evolução da história da fisioterapia em Portugal, traduzindo-se, em suma, no preenchimento de todos os passos necessários para um processo efectivo de profissionalização da fisioterapia (1964).

Assim, a primeira evocação às profissões de saúde, onde se inclui também a fisioterapia, é distante e dispersa, não havendo uma correspondência exacta a datas.

Citando Dinis (2003). "diria que se trata de uma pré-história e arqueologia das tecnologias da saúde e terminaria no final do século XIX, se bem que muitas das sementes que irão formatar o século XX, já, então, se encontrassem em avançado estágio de evolução".

De facto, são diferentes níveis de conhecimento, assentes em diferentes civilizações, para o qual todos os povos deram o seu contributo com a sua "arte de cura", cujo objectivo final é a procura perfeita do bem-estar do indivíduo ou do grupo de indivíduos (2003).

Até meados do séc. XIX os cuidados de saúde estavam centrados sobretudo na figura do médico, que desempenhava todas as tarefas "curativas" de que o doente necessitasse.

Estes apenas contavam com a colaboração de alguns auxiliares que não tinham qualquer tipo de formação.

A partir desta data, surgem as escolas de enfermagem e uma nova divisão do trabalho na área dos cuidados de saúde.

De certo modo inicia-se o processo de profissionalização da enfermagem e, posteriormente muitas outras ocupações no sector da saúde, adquirem também o estatuto de profissão, como é o caso da fisioterapia.

Foi também, na segunda metade do século XIX, que se assistiu a um renovar de interesse nas terapias naturais, tais como no exercício e na massagem.

Os profissionais com habilitação específica nestes métodos são progressivamente incorporados nos serviços de saúde.

Os profissionais não médicos, trabalhando nos serviços oficiais de saúde, no campo dos exercícios terapêuticos, da massagem, da electroterapia e hidroterapia, partindo de designações e níveis de formação muito diferentes, assumem progressivamente a designação de "Fisioterapeutas" consistindo a sua área de intervenção a "Fisioterapia".



A dinâmica dos profissionais nos diversos países teve uma influência decisiva na construção do conceito actual de Fisioterapia, que ultrapassa a dimensão etimológica do termo.

A fisioterapia e os fisioterapeutas são recursos de qualquer sistema de saúde, ao dispor dos respectivos utentes, independentemente da natureza e da organização dos sistemas, das equipas de prestação de cuidados e das eventuais relações burocráticas e administrativas entre os vários profissionais do sector da saúde.

A fisioterapia é usada desde o início do mundo.

Desde sempre o homem precisou de reparar as perdas, diminuir a dor, lutar pela autonomia funcional e desde sempre o Homem utilizou os meios físicos naturais para o conseguir.

Não se conhecem, referências históricas em Portugal que remontem "ao princípio do mundo", mas existem elementos que nos permitem identificar um percurso histórico de como se chegou ao que hoje é a profissão de Fisioterapia e o seu profissional o Fisioterapeuta.

Numa tentativa de síntese de tão vasto âmbito, seguiu-se nesta análise, o modelo de abordagem por períodos que, consubstanciados nos dados que obtivemos, nos pareceram os que mais relevantes pilares e decisões, demonstram.

-De 1901 até à década de 60:

Com a publicação do Decreto do Governo n.º 293 de 27 de Dezembro de 1901, criou-se uma Secção designada por "Electrodiagnóstico e electro-therapia" no Hospital Real de S. José e Anexos, onde exerciam profissionais formados no próprio serviço.

Esta área já possuía competências que estão na génese da matriz socioprofissional da profissão fisioterapeuta.

Em 1918, para as Instituições de Saúde Públicas, com a reorganização dos Hospitais Cívicos de Lisboa, criaram-se os Serviços de Agentes Físicos como meio de diagnóstico, tratamento e reconstituição funcional e estética, que abrangia o serviço de fisioterapia. Neste serviço o pessoal auxiliar era denominado por "ajudantes técnicos", designação que, se tornou oficial em 1931.

Desde 1901, que não era feita qualquer referência às exigências de formação desses ditos "preparadores", mais tarde "ajudantes técnicos" e é só em 1938 que se pode verificar pelo Decreto-lei 28794, de Julho de 1938 que, em alguns hospitais, o acesso às funções no âmbito da "fisioterapia" dependia de um concurso de provas práticas, a que só tinha acesso os candidatos habilitados com o "exame de prática" e o curso geral de enfermagem.



O Decreto-lei n.º28794, de 1 de Julho de 1938, esboça a carreira dos funcionários dos Serviços de Agentes Físicos, onde se encontra os Médicos Fisioterapeutas (título de Fisioterapeuta reclamado pelos médicos durante alguns anos), Ajudantes Técnicos de Fisioterapia, 2º Ajudantes Técnicos de Fisioterapia, Auxiliares de Fisioterapia e Barbeiros.

A década de 60 surge com o desenvolvimento das técnicas médicas e os Hospitais Centrais e outros estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e Assistência, em 1961 e segundo a Portaria n.º 18523, de 12 de Junho de 1961, sentiram a necessidade de criar além das Escolas de Enfermagem, pequenos cursos para preparação de outros profissionais ligados à saúde. Surgiram então, os cursos para formar "Técnicos Auxiliares de Fisioterapia", em que o acesso de ingresso era com 4ª classe (enquadrados no Grupo I), para um curso com a duração de 6 meses, seguidos de 3 meses de estágio.

Para formar "Técnicos de Fisioterapia" (enquadrados no Grupo II), o acesso de ingresso era com 5º ano dos Liceus ou 5 anos como técnico auxiliar de fisioterapia, para um curso com um ano de duração escolar, seguido de 3 meses de estágio, estabelecendo assim dois níveis de formação com títulos e designações diferentes.

Assim, esta Portaria reconhece o valor do contributo dos "Técnicos de Fisioterapia" no âmbito do serviço de saúde público, esboça a regulamentação genérica desta linha de formação e revela a decisão de homogeneizar e formalizar a formação, com vista ao reconhecimento de um estatuto, facilitando a sua mobilidade entre serviços.

É obrigatório o exame de admissão a qualquer um dos cursos, embora o acesso seja feito ainda sem a habilitação máxima do ensino secundário de então.

Paralelamente a estes dois grupos, há considerar um terceiro grupo (Grupo III) cuja formação de 3 anos de curso, para a qual o acesso mínimo era feito com 7º ano dos liceus e designava-se por "Fisioterapeuta" (Portaria 22034 de 1966).

De facto, esta formação iniciada em 1957, de onde resultaram os primeiros profissionais que terminaram os primeiros Cursos de "Agentes Técnicos de Fisioterapia" e de Terapia Ocupacional, instituídos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com a duração de 3 anos, procurou dar o primeiro passo para a autonomia profissional; isto é, reúne-se pela primeira vez um conjunto de saberes próprios a ministrar ao novo profissional e no caso da fisioterapia, as aulas foram asseguradas por fisioterapeutas estrangeiros.

A 12 de Novembro de 1960, surge então a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas como representação de um grupo profissional, preocupada com a legitimação da própria profissão.



Esta associação possui princípios de coesão, implicando um movimento de diferenciação a partir do qual se afirma a autonomia colectiva e um efeito de coesão.

Mais tarde, em 1963, a APF torna-se membro da World Confederation for Physical Therapy, um passo importante para a globalização da fisioterapia, mantendo-se como parceiro activa nestas organizações internacionais até hoje. A filiação na WCPT permite à APF uma ligação estreita com mais de 60 organizações congéneres, a nível mundial, mais de metade das quais se situam no continente europeu e são abrangidas pela Região Europeia da WCPT, sendo membro de pleno direito a partir de Setembro de 1998.

A Portaria n.º 19397, de 20 de Setembro de 1962 regulamenta os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, referidos anteriormente, no que respeita à sua organização e atribuições, direcção e administração e seu funcionamento.

Em 1966, pela Portaria n.º 22034, de 4 de Junho, surge em Alcoitão, o Centro de Medicina de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia e com este, surge a necessidade de promover a formação de pessoal de modo a formar Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala. Tal formação engloba cursos com duração de 3 anos, acesso com o antigo 7º ano do liceu, tal como era estabelecido na Universidade. Passam a existir então, 3 grupos de profissionais a que correspondem 3 níveis muito diferentes de formação. Verifica-se assim, o início de um estabelecimento de controlo sobre a formação específica.

Em Outubro de 1967, com a criação do Ensino Superior de Curta Duração, chegaram a ser previstas, a nível do Ministério da Educação, as Escolas Superiores Técnicas na área da saúde, mas o Ministério da Saúde não concordou.

A formação manteve-se à margem do sistema educativo e num estatuto dito de inferioridade

Na década de 70, o campo da saúde é marcado por uma forte inovação tecnológica que cria exigências na formação do pessoal técnico, a par do surgimento de novas áreas de intervenção.

O Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência.

As carreiras profissionais organizam-se por graus e classificam-se em 3 tipos – Tipo 1 (profissionais com habilitação de Licenciatura Universitária); o Tipo 2 (profissionais com habilitação de Técnica devidamente titulada); e Tipo 3 (profissionais com habilitação para cargos).



A Fisioterapia encontra-se no Tipo 2, onde se estabelece a Carreira dos Técnicos Terapeutas.

O ingresso e o acesso nesta carreira fizeram-se por concurso documental.

Os cursos de Técnicos Terapeutas são reconhecidos oficialmente pela Direcção-Geral dos Hospitais.

Em 1977, pelo Decreto Regulamentar nº 87 de 30 de Dezembro, é criada a Carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, que enquadra diversos sectores de actividade no campo da saúde, caracterizados não só por uma estreita ligação ao equipamento tecnológico de incidência clínica, como também pela dependência funcional imediata relativamente ao pessoal técnico especialista superior e ainda pela ocupação de uma área específica no âmbito dos serviços de acção médica.

Os fisioterapeutas perdem o estatuto de Técnicos Terapeutas de Saúde.

O ingresso na carreira faz-se por concurso documental, entre os indivíduos habilitados com o curso geral dos liceus ou equivalente e que possuam o curso de especialização profissional adequado ao tipo de funções a que se destina, não sendo a sua duração inferior a 5 semestres.

Oliveira (2000) na sua dissertação "Um Estudo sobre as Expectativas dos Fisioterapeutas face à Licenciatura em Fisioterapia" considera que esta perda do estatuto de Técnicos Terapeutas de Saúde para a realidade de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica se traduz num retrocesso grave de reconhecimento profissional e social para os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala.

A criação do Ensino Superior Politécnico prevê em 1979, as Escolas Superiores de Saúde, que no entanto nunca viriam a ser implementadas.

A formação adequada do pessoal técnico afecto à prestação de cuidados de saúde é condição indispensável ao correcto funcionamento dos serviços e, em consequência, ao bem-estar das populações.

Face a isto e no sentido de acompanhar a evolução verificada em diversos países, dada a existência de novas técnicas, a par da criação de novas especialidades, caminhou-se no sentido do ensino e da formação deste pessoal técnico se estruturasse em moldes inovadores.

Nesta base, e no início da década de 80, o Despacho do Departamento de Recursos Humanos, Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro, prevê a reestruturação dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de Coimbra, Lisboa e Porto.

As condições gerais de admissão aos cursos de formação são: habilitações literárias mínimas correspondentes ao 9º ano de escolaridade, dando-se preferência aos candidatos com o 11º ano de escolaridade; prestação de uma



prova eliminatória, obrigatória, de selecção e avaliação de conhecimentos; entre outras.

Em 1982 e pelo Decreto-lei n.º 371/82, de 10 de Setembro são criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto.

Os cursos aqui ministrados passaram a ter a duração de 5 a 6 semestres, portanto 3 anos, e exige-se o 11º ano como condição mínima de acesso.

Através do Despacho do Departamento de Recursos Humanos da Saúde de 16 de Fevereiro de 1983, os Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica distribuem-se por ramos profissionais.

A fisioterapia encontra-se no ramo "cinesiológico" e possui o seguinte conteúdo profissional – Fisioterapeuta: "este profissional colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da sua incapacidade".

Durante um período de 8 anos decorrido desde a publicação do Diário da República n.º 87177 de 30 Dezembro, observaram-se diversas e profundas alterações não só na área da tecnologia médica, especialmente no domínio do diagnóstico e da terapêutica, o que tornou cada vez mais complexas as funções dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, bem como a nível da estrutura da carreira na área da saúde.

Dos três níveis de exercício da década de sessenta, passou, então, a existir apenas um único, com o título de fisioterapeuta, mas enquadrado numa carreira de auxiliar e referenciado a uma formação tipo "técnicoprofissional".

Na realidade, nivela-se por baixo em termos de carreira, e termina com Grupo I, facultando cursos de promoção para chegar ao título de fisioterapeuta.

Alarga a duração da formação dos profissionais do Grupo II, dando-lhes igualmente acesso ao mesmo título e despromove, em termos de carreira, o Grupo III, apesar de estes manterem uma formação de 3 anos com o acesso à mesma com o grau mais elevado, 7º ano dos Liceus.

Em 1985 é criada a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Decreto-lei n.º 384B/85 de 30 de Setembro).

A Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica integra funções de natureza técnica e insere-se no grupo de pessoal técnico, mas ela é vinculativa apenas para o sector público.

O fisioterapeuta é um dos profissionais abrangidos por esta carreira.

Todos eles, no exercício das suas funções, actuam em conformidade com o pré-diagnóstico, o diagnóstico e a prescrição terapêutica efectuados pelo elemento médico ou técnico superior da sua equipa de saúde onde está enquadrado, devendo para efeito, programar, executar e avaliar as técnicas



adequadas e comunicar os resultados aos restantes elementos da mesma equipa, para tal terão acesso aos dados clínicos pessoais e sociais relativos aos doentes que lhe forem confinados.

O ingresso a esta carreira faz-se mediante concurso de avaliação curricular, a que poderão concorrer os indivíduos diplomados com o curso de formação profissional ministrados nas Escolas Técnicas do Serviço de Saúde.

A Portaria n.º 256-A/86, de 28 de Maio, aprova as definições do conteúdo funcional e das competências técnicas às diferentes profissões e às categorias da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, que ainda hoje se mantém em vigor pelo Decreto-lei n.º 569/99, de 21 de Dezembro.

No que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão do fisioterapeuta, verifica-se um ideal de serviço ou de orientação para a comunidade e descreve-se o seguinte: *“O Fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão. Colabora no diagnóstico mediante a avaliação de deficiências, identificando as áreas lesadas; elabora programas adequados de tratamento com fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas, tais como terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular. Ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, conforme o seu estado. Trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopédica, respiratória e cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo. Elaborar relatórios de resultados obtidos”.*

Portanto, o fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção da capacidade funcional do indivíduo, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza métodos ou técnicas específicas da profissão, contribui para o diagnóstico mediante a avaliação em fisioterapia, elabora programas adequados de tratamento, trata, ensina e também rediz relatórios de resultados obtidos.

A Portaria n.º 549/86, de 14 de Setembro prevê que os cursos ministrados pelas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, bem como pela Escola de Reabilitação do Alcoitão, passem a ter uma duração da escolaridade de 3 anos lectivos (o 1º ano destina-se à formação básica, o 2º à formação técnica e o 3º à formação prática), com uma carga horária, no mínimo, de 3000 horas.

O recrutamento dos candidatos aos cursos de formação obedece às seguintes condições gerais – posse do 12º ano de escolaridade, com área A (área de saúde) do 11º ano ou equivalentes gerais; existência de condições físicas compatíveis.



Torna-se notável o aumento do corpo de saberes específicos inerentes à fisioterapia, contribuindo para o aumento da autonomia profissional e potencializa a eficácia da sua intervenção.

Na década de 90, o Departamento de Recursos Humanos termina em 1990 um processo de revisão curricular dos cursos de todas as profissões abrangidas pela carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica iniciado em 1986, com a aprovação superior de um relatório síntese e a publicação dos novos planos de estudos para todos os cursos (Despacho 18/90 de 4 de Julho).

Este processo de evolução continua e a etapa seguinte corresponde ao enquadramento legal do exercício e integração da fisioterapia no Ensino Superior tem início em 1993, pelo Decreto-lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, em que as Escolas Técnicas são integradas no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico.

As Escolas passam a designar-se por Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto respectivamente.

Pela Portaria n.º 185 de 31 de Março de 1994, a Escola de Reabilitação de Alcoitão é reconhecida como Estabelecimento de Ensino Superior Particular e passa denominar-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Em 1997, surge o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses com o objectivo de defender os deveres e direitos da carreira, da profissão e do profissional de fisioterapia, e como parceiro social específico, permite espaço à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas para se preocupar em constituir-se numa Associação de Direito Público ou Ordem dos Fisioterapeutas, que se debruce sobre as questões do exercício da profissão e atribuição do título profissional

No final da década de 90 perspectivou-se, em função da autonomia científica dos estabelecimentos de ensino superior e do aparecimento de outras escolas, uma nova fase de diferenciação das linhas de formação de fisioterapeutas em Portugal, no que diz respeito a conteúdos programáticos e objectivos de formação, sendo que, no final do curso, o perfil de saída e de competências deveria ser alcançado por todos.

Pelo Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto passa-se a exigir o registo profissional, efectuado no então Departamento de Recursos Humanos da Saúde, para os profissionais, reconhecidos como fisioterapeutas, titulares do curso de fisioterapia homologado numa das escolas pública ou privada existentes. Este decreto define ainda, os princípios gerais em matéria das profissões de diagnóstico e terapêutica, nelas incluindo a profissão de fisioterapeuta, sendo as suas disposições aplicáveis ao sector público, privado e cooperativo.

Deste modo, o fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas, elabora programas adequados de tratamento, executa-os de modo a tratar doentes de diferentes patologias, bem como procede ao registo em relatório dos resultados.



Esta legislação acrescenta ainda que, a actividade profissional do fisioterapeuta se desenvolve em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional.

De acordo com esta orientação vem também o Decreto-lei nº564/99, de 21 de Dezembro, que aprova o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e logo, a regulamentação dos actos próprios destas profissões no sector público, onde se enquadra o Fisioterapeuta.

O nº1 do artigo 6º dispõe já que "a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica reflecte a diferenciação e qualificação profissionais inerentes ao exercício das funções próprias de cada profissão, devendo aquelas ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade ao nível das equipas em que se inserem."

A Lei n.º 1/2003 publicada em 6 de Janeiro de 2003 aprova o Regime Jurídico do Desenvolvimento e da Qualidade do Ensino Superior, reforça a existência de dois tipos de estabelecimentos de Ensino Superior: ensino universitário e ensino politécnico.

A formação em fisioterapia encontra-se integrada no Ensino Superior Politécnico, uma vez que estes estabelecimentos são "centros de formação cultural e técnica de nível superior, aos quais cabe ministrar a preparação para o exercício de actividades profissionais altamente qualificadas e promover o desenvolvimento das regiões em que se inserem".

O facto de a fisioterapia ser uma actividade predominantemente de cariz prático quando (mal) comparado com outras formações do ensino superior universitário, justificou assim a inclusão no sistema de Ensino Superior Politécnico.

O Decreto-lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, no seu artigo 3º, enquadra o fisioterapeuta como "detentor de formação especializada, de nível superior e que, no desenvolvimento das suas funções, actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico ou processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho, no âmbito da respectiva competência profissional".

Na década em curso (2000 – 2008), de início circunscrito (Em 15 de Julho de 1999 (portaria nº505 –D) as ESTeS de Coimbra, Lisboa e Porto são autorizadas a conferir o grau de Bacharel e de Licenciado; e em 27 de Outubro de 2000 a portaria nº1043 autoriza o funcionamento do curso de licenciatura bietápica em Fisioterapia na ESSAlcoitão; a 4 de Janeiro de 2000 é aprovado regulamento geral dos cursos bietápicos de licenciatura em Tecnologias da Saúde e em 10 de Março de 2000 (despacho nº 5566/2000) com o reconhecimento do estatuto é criada a cédula profissional), mas com final ainda por esclarecer, uma vez que a decisão política para número de anos que deve conter o 1º ciclo de estudos para o curso de fisioterapia não foi ainda



tomada, salienta-se o conteúdo vertido no "Relatório sobre a implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento – Tecnologias da Saúde", e em particular o que diz respeito à formação em Fisioterapia.

Aí se refere que " ... A principal conclusão a retirar do nosso estudo é que a realidade das profissões de saúde englobadas na expressão operacional de Tecnologias da Saúde é muito diversa e multifacetada, apesar de possuírem um conjunto de competências que lhe são comuns, mas não exclusivamente suas" (2004).

No que diz respeito aos cursos, foram os respectivos perfis de competências para o acesso às profissões, que demonstraram a necessidade de uma formação de 4 anos (240 ECTS), num ciclo único de estudos, incluindo o estágio de aprendizagem em contexto de prática profissional, para acesso imediato ao exercício autónomo das profissões em causa.

Deste modo, o relatório propôs unanimemente que o primeiro ciclo, no modelo de Bolonha, deve ter uma duração de 4 anos (240 ECTS), a que se seguirá um 2º ciclo de um ano (60 ECTS) ou de dois anos (120 ECTS) conforme for exigido no plano nacional.

Aí se refere também que a questão da regulação do exercício profissional, que é um dos elementos centrais referenciando no "Bechmarking da Quality Assurance Agency (QAA)" (UK) sobre a autonomia e responsabilidade profissional, é a de ser capaz de actuar respeitando os padrões de prática e requisitos definidos pelo organismo regulador da profissão.

Com efeito, neste espaço, "a criação dos organismos reguladores destas profissões é uma necessidade identificada há já vários anos, sendo urgente a sua entrada em funcionamento efectivo".

Assim, reconhece-se e efectiva-se que a fisioterapia é uma profissão de autónoma, cujo contributo na área da saúde é considerado imprescindível, é uma disciplina científica reconhecida a nível mundial, tendo como base uma formação académica de 4 anos de duração em grande parte dos países europeus.

De facto, a formação de ciclo único com 4 anos de licenciatura em fisioterapia em Portugal, vem no sentido da recomendação internacional para a formação inicial de fisioterapeutas aprovada em 1995 pela "World Confederation for Physical Therapy" e adoptada pela "European Region" desta confederação, que é de quatro anos no mínimo. (Approved at the 13 th General Meeting of WCPT, June 1995).

VI Do número de fisioterapeutas existentes, e sua prospecção:

A profissão de fisioterapeuta tem vindo a crescer exponencialmente.



Segundo os próprios dados do Ministério da Saúde, relativos a Recursos Humanos da Saúde habilitados para o exercício da profissão e titulares da respectiva cédula profissional, foram encontrados em 1 de Outubro de 2008, 4389 registos relativos à profissão de Fisioterapeuta.

Sem prejuízo de tal significar, ao que se entende, uma vez mais, a legitimidade da APF na proposta apresentada, este número de registos poderá não corresponder ao número total de fisioterapeutas, uma vez que nem todos os diplomados possuem cédula profissional, por dela não necessitarem, bem como outros aguardarem, eventualmente, a atribuição da sua cédula pelos serviços do Ministério da Saúde.

Analisando os dados obtidos no Observatório da Ciência e do Ensino Superior, (OCES), Ministério da Ciência e do Ensino Superior, respeitante ao Ensino Superior - Tecnologias da saúde, Rede de formação e Previsão da evolução do número de alunos inscritos e de graus de bacharel atribuídos (<http://www.estatisticas.gpeari.mctes.pt/archive/doc/RedeTecsaudesite.pdf>) (desde 2000-2001 a 2010-2011) verifica-se que a estimativa proposta para 2008 é de 3710, portanto já largamente excedida, sendo esperável que saiam 719 novos profissionais por ano, vindo a existir cerca de 7000 fisioterapeutas no ano 2010 e cerca de 10000 no ano de 2015.

De acordo com os dados apresentados e perante as estimativas da OCES, a fisioterapia será uma das profissões de saúde com maior crescimento, representando uma população muito numerosa e, acompanhando o que se passa no resto da Europa, em que representam a terceira maior profissão na área da saúde.

VII Das linhas mestras e delimitadoras, internacionais, da formação e exercício profissional da fisioterapia;

A fisioterapia é uma profissão de saúde que contribui para a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida das populações.

As abordagens em saúde são hoje diferentes, e são também equacionados de forma diferente.

Os fisioterapeutas, enquanto profissionais de saúde, estão obrigados a responder efectivamente a essa mudança e a contribuir também de modo efectivo para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes.

A Fisioterapia é hoje exercida em múltiplos contextos de saúde.

As necessidades do mercado exigem fisioterapeutas capacitados para trabalhar individualmente ou inseridos em equipas em ambientes tão diferenciados como hospitais, centros de reabilitação, centros de saúde, clubes desportivos, lares, piscinas terapêuticas, escolas, fábricas, entre outros.

Esta diversidade exige também uma educação que forme profissionais autónomos e reflexivos, com capacidade para, logo após a sua formação, ser



capaz de compreender e analisar criticamente a complexidade do sistema de saúde no qual os serviços de fisioterapia são prestados.

A fisioterapia não pode ser vista como uma técnica, mas uma área do saber, operacionalizada pelo exercício de uma profissão.

A plenitude da compreensão desta área, em franco crescimento em todo o mundo, assim como os cada vez mais exigentes e requeridos campos de actuação do fisioterapeuta, não se coadunam com uma visão reducionista do processo de aprendizagem centrado na aquisição técnica.

Este processo deverá sustentar-se numa visão educacional que promova o desenvolvimento e a maturação psicossocial e profissional, compatíveis com uma profissão exigente e de qualidade que serve pessoas e populações com condições agudas, sub-agudas e crónicas, que exigem dos sistemas de saúde e também destes profissionais respostas rápidas, adequadas e efectivas.

Ao concluir o período de formação inicial, o fisioterapeuta deve estar apto para actuar em todos os níveis de intervenção nos cuidados de saúde, com uma visão ampla e global, respeitando os princípios éticos, morais e culturais do indivíduo e da comunidade onde este se encontra inserido, desenvolvendo a sua intervenção centrada nas necessidades do doente/utente, dando resposta às diferentes solicitações decorrentes das novas necessidades em saúde relacionadas com a sua profissão, em prol da sociedade em geral ou da equipa de saúde em particular.

A integração do fisioterapeuta nas equipas de saúde só é possível quando ele é, simultaneamente, detentor de uma cultura comum aos restantes profissionais de saúde e detentor de saberes próprios que enriqueçam a equipa para que esta obtenha os melhores resultados.

Deverá também demonstrar capacidade de adaptação às novas tecnologias, procurando sempre actualizar-se num processo de formação contínua.

Para tentar responder às actuais necessidades do mercado é assumido por todos os intervenientes no processo educativo, que a aquisição das competências mínimas para o exercício autónomo e qualificado da profissão, exige os quatro anos de formação inicial.

De salientar que apesar do modelo de Licenciatura Bi-Etápica que existiu até ao momento, contemplar a possibilidade de exercer apenas com 3 anos de formação, 95% dos alunos optam por transitar directamente para o 4º ano.

A prática da Fisioterapia tem por base a relação terapêutica.

É a relação terapêutica que permite uma análise e compreensão dos problemas de saúde do utente numa perspectiva mais lata, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais.



O desenvolvimento de uma relação terapêutica pressupõe a organização de uma estrutura emocional/afectiva sólida e consolidada por meio de processos de reflexão e consciencialização, que exigem tempo.

Considerando outras profissões de saúde, deve salientar-se que a intervenção da Fisioterapia abrange as áreas do Diagnóstico e da Terapêutica.

A complexidade das tarefas, a responsabilidade que estas exigem, bem como a natureza das intervenções é semelhante a outras profissões autónomas, pois tratam-se de profissões que desenvolveram metodologias/abordagens próprias decorrentes do seu modelo de intervenção, que é original e não decalcado ou cientificamente subordinado a outras profissões.

Os preceitos atrás expressos traduzem de facto a existência de requisitos profissionais excepcionais, necessários ao exercício da fisioterapia.

Tais requisitos reflectem-se de modo muito claro naquilo que o próprio estado português determina para o fisioterapeuta, isto é, um profissional que tem que ter as competências e capacidades para conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da fisioterapia, e que o tem que fazer com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica.

Qual a tendência, na obtenção deste desiderato?

Em Portugal, o 1º ciclo de estudos em fisioterapia enquadra-se no previsto no nº 2, do artigo.8º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, que prevê a existência no Ensino Superior Politécnico, de formações até 240 créditos para acesso ao exercício de determinada actividade profissional, quando haja uma prática consolidada em instituições de referência de ensino superior do espaço europeu.

O plano curricular de um 1º ciclo de estudos em fisioterapia prevê que o produto final da formação conduza ao exercício de uma actividade profissional, fisioterapia e, por essa razão, o perfil de competências à saída corresponda ao fisioterapeuta.

Logo, as referências adiante aduzidas obedecem a este mesmo pressuposto.

As normas de organização dos processos referentes ao registo de adequação de ciclos de estudos prevêm ainda, que a necessidade de uma formação com duração superior à regra estipulada para o Ensino Superior Politécnico, possa estar também consubstanciada na existência de requisitos profissionais excepcionais.

A recomendação internacional para a formação inicial de fisioterapeutas aprovada em 1995 pela World Confederation for Physical Therapy e adoptada pela European Region desta confederação é de quatro anos no mínimo:

The WCPT recommends that education for entry-level physical therapists be based on university or university level studies, of a minimum of four years,



independently validated and accredited as being at a standard that accords graduates full statutory and professional recognition.

Independentemente desta recomendação, apresenta-se de forma sumariada a informação relativa ao ensino da fisioterapia no espaço europeu, incluindo aquela que constitui referencial nesse mesmo espaço.

Procurou obter-se informação relativa a 43 países. A saber: Albânia, Alemanha, Andorra, Arménia, Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Bósnia Herzegovina, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Federação Russa, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Macedónia, Malta, Moldávia, Noruega, Países Baixos, Polónia, Reino Unido, República Checa, Roménia, Sérvia Montenegro, Suécia, Suíça, Turquia e Ucrânia.

Destes, não foi possível colher informações em 11 países: Eslováquia, Albânia, Arménia, Azerbaijão, Bósnia Herzegovina, Geórgia, Moldávia, Federação Russa, Sérvia Montenegro, Macedónia e Ucrânia.

Acresce que noutros países - Luxemburgo, Andorra, Chipre, Liechtenstein - não existe formação em fisioterapia.

Por este facto foram retirados da análise.

De igual modo, não fazem parte da análise a Suíça e a Croácia, já que o ensino em fisioterapia não é de nível superior, ou as informações existentes são contraditórias entre si.

No caso particular do Reino Unido a informação foi analisada separadamente, isto é, os dados recolhidos foram individualizados por Inglaterra, País de Gales, Irlanda do Norte e Escócia, já que traduzem realidades diferentes entre si.

Assim sendo, os dados que se apresentam configuram 29 realidades do ensino da fisioterapia, correspondendo a 26 países.

A fonte de informação privilegiada é a disponibilizada pela World Confederation for Physical Therapy – European Region, e posteriormente testada por acesso a Escolas dos países em causa.

Numa segunda fase, identificou-se como formação de referência, a realizada nos países Bélgica e França (modelo francófono), Inglaterra, País de Gales, Escócia, Irlanda e Irlanda do Norte (modelo anglo-saxónico), Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega (modelo nórdico) e Holanda.

Como é possível verificar, através do Quadro 1, existe garantidamente formação de 4 ou mais anos para acesso ao exercício da fisioterapia em 58,5% das situações observadas.

Se acrescentarmos a formação de 4 e de 5 anos, que existe respectivamente na Alemanha e República Checa, então o valor percentual sobe para 65,4%.



Acresce que existe formação de 3,5 anos na Dinamarca e na Finlândia (6,9%), o que permite verificar que existe predominante e claramente uma tendência de formação, superior a 3 anos - 180 ECTS (72,3%).

Quadro 1: Requisitos de formação para o exercício como fisioterapeuta no espaço europeu

Requisitos	País	N	%	% acumulada
1.º Ciclo de Estudos de 5 anos	Polónia	1	3,4	3,4
	Bulgária			
	França			
	Grécia			
	Hungria			
	Islândia			
	Irlanda			
	Letónia			
1.º Ciclo de Estudos de 4 anos	Malta	14	48,2	51,7
	Holanda			
	Roménia			
	Turquia			
	Irlanda do Norte (RU)			
	Escócia (RU)			
	Espanha			
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos + 2.º Ciclo de natureza integrada (1 a 2 anos)	Bélgica	1	3,4	55,1
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos + 12 meses de prática com supervisão	Noruega	1	3,4	58,5
1.º Ciclo de Estudos de 3 ou 4 anos	Alemanha	1	3,4	62,0
1.º Ciclo de Estudos de 3 ou 5 anos	Republica Checa	1	3,4	65,4
1.º Ciclo de Estudos de 3,5 anos	Dinamarca	2	6,9	72,3
	Finlândia			
	Austria			
	Eslovénia			
	Itália			
	Lituânia			
	Suécia			
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos	Inglaterra (RU)	8	27,6	
	País de Gales (RU)			
	Estónia			



Total	29	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Convém, ainda, referir algumas particularidades relativas à realidade do ensino da fisioterapia na Inglaterra, no País de Gales, na Noruega, na Bélgica, na Holanda, na Espanha e na própria Finlândia.

Assim:

A Inglaterra e o País de Gales fazem relevar que a formação é efectuada após 13 anos de escolaridade e não de 12, e que pela exigência internacional de contemplar um mínimo de 1000 horas de prática clínica na formação pré graduada, os alunos são obrigados a frequentar um número de semanas lectivas muito superior a outros cursos;

Na Noruega, embora o 1º ciclo de estudos tenha uma duração de 3 anos (180 ECTS), o acesso ao exercício da fisioterapia só é permitido após um estágio de prática tutelada com a duração de 12 meses, ou seja, a formação de 180 ECTS, neste país, não permite o exercício da fisioterapia.

Saliente-se que, em Portugal, não existe nenhuma estrutura reconhecida como idónea para garantir a realização desta prática supervisionada fora do contexto pedagógico/escola.

Tal, parece igualmente justificar a existência de uma associação profissional pública.

Na legislação portuguesa estipula-se que o ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado no ensino politécnico deve valorizar especialmente a formação que visa o exercício de uma actividade de carácter profissional e que tal só é possível, na fisioterapia, se essa formação contemplar as competências clínicas. No ensino politécnico o 1º ciclo de estudos deve assegurar aos estudantes uma componente de aplicação de conhecimentos e saberes adquiridos às actividades concretas do respectivo perfil profissional, sendo que, na fisioterapia, esta componente de aplicação diz respeito à aquisição das competências clínicas.

Em síntese, se a referência fosse a da Noruega justificar-se-ia um ciclo de estudos de 4 anos, para aquisição das competências clínicas e do exercício pleno da fisioterapia, até porque em Portugal, no ensino superior politécnico, tais competências devem ser adquiridas dentro e não fora do 1º ciclo de estudos.

Na Bélgica, o acesso ao exercício da fisioterapia só é permitido após um ciclo de estudos de natureza integrada de 180 mais 60 ou 180 mais 120 ECTS, ou seja, o exercício só é permitido aos detentores do grau de mestre. Neste país, as decisões relativas ao designado processo de Bolonha estão assumidas como concluídas.

O mesmo é dizer-se que na Bélgica, o exercício da fisioterapia só é permitido aos detentores de uma formação com uma duração normal compreendida



entre os 8 e os 10 semestres ou, de outro modo, que o ciclo de 180 ECTS não permite o exercício enquanto fisioterapeuta.

A referência apresentada justifica uma duração de um plano curricular superior a 180 ECTS, no caso concreto 4 ou 5 anos, já que, só esta duração conduz ao exercício da fisioterapia.

Admite-se até, que em Portugal, a opção pudesse ser um 1º ciclo de 180 ECTS para aquisição de competências exclusivamente académicas e a de um 2º ciclo com um mínimo de 60 ECTS para aprofundamento dessas competências e aquisição de competências clínicas.

Na Bélgica, antes das decisões relativas ao designado processo de Bolonha, a formação em fisioterapia tinha uma duração de ciclo único de 4 ou 5 anos.

A opção havida (ciclo de estudos integrado, conducente ao grau de mestre) é, até este momento e tanto quanto se julga saber única no espaço europeu e configura de forma assumida uma perspectiva concorrencial com outros mercados do ensino superior, nomeadamente o americano e o canadiano.

Na Holanda, onde também já se encontram finalizadas as adaptações do ensino com base no acordo de Bolonha, o ensino da fisioterapia é ministrado nas Hogescholen (universidades de ensino profissional).

O curso tem uma duração de 4 anos (240 ECTS). Para aceder ao curso é necessário, no mínimo, ser detentor do Senior Secondary Education (HAVO Diploma), que corresponde a uma formação de nível secundário com a duração de 5 anos. Podem ainda aceder a estas escolas os detentores de um University Preparation Education (VWO – requisito exigido para entrada nas Universiteit), que corresponde a um diploma do ensino secundário com a duração de 6 anos.

Embora estejam previstos níveis diferenciados de ensino secundário para acesso ao curso de fisioterapia o facto é que, quando se tenta perceber o número total de anos de escolaridade necessários para aceder aquele curso, em Portugal, como sabemos são 12 anos, na Holanda são no mínimo 12 ou 13 anos (7 a 8 anos de escolaridade, designada como Primary e, 5 anos respeitantes ao HAVO).

Na Espanha, a decisão sobre o primeiro ciclo de estudos em fisioterapia ou mesmo sobre os requisitos de admissão para o exercício da fisioterapia, face ao processo de Bolonha, ainda não existem. Contudo, através de um estudo subordinado à temática Título de Grado en Fisioterapia, realizado através da Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, onde estiveram envolvidas 37 Universidades Espanholas, propõe-se, de modo claro e fundamentado, a necessidade de adopção de um 1º ciclo de estudos de 240 ECTS.

Acresce que em Março de 2006, o Ministerio de Educación y Ciencia, propôs ao Consejo de Coordinación Universitaria que a formação para acesso ao grau em fisioterapia tenha a duração de 240 ECTS. Assim sendo, embora a decisão



final não exista, como estão de acordo o ministério e as universidades, o ensino que dá acesso ao exercício da fisioterapia em Espanha terá garantidamente a duração de 4 anos.

Na Finlândia, apesar de predominar uma formação de 3,5 anos (210 ECTS), é possível encontrar estruturas curriculares com uma duração superior

De modo explícito, o normativo referente aos graus e diplomas do ensino superior (Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março), admite que no Ensino Superior Politécnico as formações com duração superior a 180 ECTS devam estar fundamentadas na existência de uma prática consolidada em instituições de referência do ensino superior no espaço europeu.

Olhe-se pois para o que se passa na área de conhecimento da fisioterapia nestas instituições de referência.

Como se disse atrás, relativamente aos requisitos de formação para o exercício de fisioterapeuta em instituições de referência no espaço europeu, e de acordo com o Quadro 2, é possível observar que:

* Apenas em 16,7% dos casos, o 1º ciclo de estudos tem uma duração de 180 ECTS;

* O percentual de formações em fisioterapia com 4 ou mais anos corresponde a 66,6%;

Nestes mesmos países de referência, a formação em fisioterapia que prepara para o exercício profissional e que tem uma duração superior a 3 anos surge em 83,3% das situações.

Mais uma vez se relewa que na Inglaterra e País de Gales a formação é feita em cima de um requisito de acesso de 13 anos de escolaridade e não de 12.

Relembra-se que têm também formação de nível superior em fisioterapia com duração de 4 ou mais anos, os países membros da União Europeia, como a Alemanha, Grécia, Hungria, Letónia, Malta, Polónia e República Checa, e os países candidatos a membros da União Europeia, Bulgária, Roménia e Turquia. Relewa-se de novo a opção por uma mesma duração de formação na vizinha Espanha.

Quadro 2: Requisitos de formação para o exercício como fisioterapeuta em instituições de referência no espaço europeu

Requisitos	País	n	%	% acumulada
1.º Ciclo de Estudos de 4 anos	França			
	Islândia			
	Irlanda			
	Holanda	6	50,0	50,0
	Irlanda do Norte (RU)			
	Escócia			



	(RU)			
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos + 2.º Ciclo de natureza integrada (1 a 2 anos)	Bélgica	1	8,3	58,3
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos + 12 meses de prática com supervisão	Noruega	1	8,3	66,6
1.º Ciclo de Estudos de 3,5 anos	Dinamarca Finlândia	2	16,7	83,3
1.º Ciclo de Estudos de 3 anos	Inglaterra (RU) País de Gales (RU)	2	16,7	
	Total	12	100,0	100,0

A construção do espaço europeu do ensino superior visa também o aumento da competitividade internacional desse espaço, ou seja, permitir que seja concorrencial com outros mercados de ensino, sendo referidos amiúde os mercados do Estados Unidos da América, do Canadá e da Austrália.

Na Austrália o ensino pré graduado da fisioterapia atribui um grau de Bacharel e tem uma duração de 4 anos.

No Canadá, em Junho de 2001, foi definido como nível de entrada preferencial para o exercício da fisioterapia o grau de mestre. A partir de 2010 o grau será requisito de exigência para o exercício desta profissão.

Por fim, nos Estados Unidos da América, só é possível o exercício como fisioterapeuta com o grau de mestre, que pressupõe uma formação com a duração de 5 anos, sendo preferência a posse do grau de Doutor.

Em resumo, com base na prática consolidada em instituições de referência do ensino superior do espaço europeu e em conformidade com o que até aqui se escreveu, as propostas de 1.ºs ciclos de estudos de cursos de fisioterapia, deverão contemplar os 240 ECTS, já que é essa a tendência clara existente.

Também em Portugal a Comissão para o Acompanhamento do Processo de Bolonha (CAPB), reconheceu a possibilidade desta opção no nosso País, sendo o padrão seguido pelas Escolas Portuguesas a partir do ano lectivo 2008/2009 de 240 ECTS, (4 anos), para as licenciaturas em fisioterapia.

VIII A visão comparada:

Considerando a Europa a 15, ainda, e segundo dados disponíveis, todos eles detêm associações que são membros Membro da Região Europeia da World Confederation of Physical Therapy (ER-WCPT);



De uma forma geral é mais favorável nos Estados do centro e norte da Europa. Portugal ocupa um lugar desfavorável com um ratio de 1 Ft / 2710h

Bélgica	360,7
Finlândia	419,6
Dinamarca	578,9
Suécia	701
Holanda	886,3
França	1008,3
Luxemburgo	1050,8
Alemanha	1099
Áustria	1377,6
Itália	1478,2
Reino Unido	1670,5
Espanha	1933,6
Portugal	2710,1
Grécia	2770,6

Fonte: UE

Existe desemprego deste tipo de profissionais em sete dos 15 Estados Membros e por ordem crescente percentual face à tendência nos últimos cinco anos:

Portugal	2,5%
Alemanha	5% (est.)
Holanda	5%
Dinamarca	6%
Finlândia	6%
Espanha	10%
Grécia	10% (?)

Leão, C & Lopes (2008) e de acordo com dados por si recolhidos apresentam uma ordenação daqueles estados membros de acordo com a sua atractividade, colocando Portugal em 9º lugar

De acordo com a Base de Dados da European Commission http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=stats.ranking e ao verificar Ranking dos Pedidos de Reconhecimento das Qualificações Profissionais na UE (1997/2006), verificamos que os fisioterapeutas (8019) ocupam o segundo lugar imediatamente a seguir aos professores do ensino secundário (15284) e claramente distanciados de outras profissões de saúde, (enfermeiros (2062)):

- 1º Professor do ensino secundário (15284)
- 2º Fisioterapeuta (8019)
- 3º Professor do ensino primário (6676)
- 4º Advogado/ Solicitador (3532)
- 5º Enfermeiro de 2º nível (2062)
- 6º Assistente social (1894)
- 7º Engenheiro (1750)



Porém segundo a mesma fonte os pedidos de reconhecimento feitos pelos Estados Membros da União Europeia dos quinze têm diminuído no período 1997/2006, mas, ao contrário o total de pedidos dos Estados da UE extra 15 têm vindo a aumentar.

Portugal embora com valores ainda baixos recebeu 88 pedidos no período 2001/2004 e efectuou 41 pedidos no período 1997/2006.

É pois um País mais receptor do que emissor representando o maior número de interessados os fisioterapeutas espanhóis.

Embora as competências linguísticas pareçam constituir um entrave à mobilidade dos fisioterapeutas para o nosso país, o clima e a proximidade costeira são fortes factores de atractividade.

Assim, além do aumento esperado dos fisioterapeutas portugueses não poderemos deixar de ter também em contas as questões da mobilidade interna entre os Estados-Membros da União Europeia e revelando-se Portugal como um país mais receptor do emissor de profissionais para a migração.

De realçar ainda a existência de associações profissionais públicas em alguns dos Estados-Membros, apenas de fisioterapeutas, como é o caso de Espanha e de França.

Estados-Membros que se trazem à colação, pois a sua génese de criação das associações profissionais é muito próxima da nossa, pela sua origem francófona.

Ou seja, e na perspectiva de aglutinação de VII e VIII, a profissão de Fisioterapeuta existe em todos os estados membros da União Europeia, e, como se pode comprovar no site da União Europeia (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/index_en.htm), trata-se de uma profissão autónoma e regulamentada, ao abrigo da Directiva 2005/36/EC de 7 de Setembro de 2005, em 22 estados.

Em 21 desses países a regulamentação é realizada ao abrigo da alínea d) do artigo 11º da citada Directiva, o que configura a posse de uma formação específica de nível superior de pelo menos 3 anos de duração, para acesso ao título profissional de Fisioterapeuta.

Na Alemanha a regulamentação é realizada ao abrigo da alínea c), correspondendo a uma formação de nível não superior, contudo a situação será progressivamente alterada em virtude da formação dos fisioterapeutas já ter passado a ser realizada no âmbito das universidades.

Será de salientar que a inexistência de dados relativos a cinco novos estados da EU se deve a atrasos na transposição da citada Directiva.



Como a formação de fisioterapeutas nesses países está integrada no sistema de ensino superior, prevê-se a sua regulamentação igualmente no âmbito da alínea d) já citada.

Na realidade a formação inicial (para acesso ao título profissional) dos fisioterapeutas no plano europeu é tradicionalmente uma formação longa, sendo na maioria dos países de referência de pelo menos 3 ½ anos lectivos.

Em países como a Itália, a Suécia ou a Inglaterra podemos encontrar formações de apenas 3 anos mas deveremos ter em atenção que estes países possuem uma formação prévia de 13 anos de escolaridade para acesso aos cursos. Em Portugal, tal como por exemplo na Bélgica, Escócia, Grécia, Holanda, Irlanda ou Malta, a formação é de 4 anos (240 ECTS, na nomenclatura de Bolonha), em conformidade com a recomendação da World Confederation for Physical Therapy.

Num número significativo de países, incluindo Portugal, encontram-se igualmente ofertas de formação a nível de mestrado (2º ciclo de Bolonha) e de doutoramento na área científica específica da fisioterapia.

No plano mundial, por exemplo nos EUA, Canadá, Nova Zelândia, e, mais perto de nós, na Bélgica, assiste-se a uma progressiva tendência para exigir o nível de mestrado como formação inicial para acesso ao exercício profissional.

IX – Conclusões:

A fisioterapia registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexidade e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do fisioterapeuta no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Verifica-se, contudo, que o exercício profissional da fisioterapia não dispõe ainda de um instrumento jurídico contendo a sua adequada regulamentação, carência que o presente diploma, precisamente visa colmatar.

Com efeito, independentemente do contexto jurídico-institucional onde o fisioterapeuta desenvolve a sua actividade - público, privado ou em regime liberal -, o seu exercício profissional carece, efectivamente, de ser regulamentado, em ordem a garantir que o mesmo se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da fisioterapia como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de fisioterapia de qualidade.

Do exposto resulta que a APF reúne as condições necessárias para ser transformada em Associação Profissional de direito público, tudo indicando ser a evolução natural.



Tal transformação não acarreta quaisquer custos para o Estado, antes se revela útil para o Estado tendo em vista o reconhecimento da capacidade para exercer o controlo necessário relativamente à habilitação de quem exerce a profissão.

A criação da Associação Pública Profissional dos Fisioterapeutas, sob a designação de Ordem, nos termos da Lei-Quadro, deverá, clarificar conceitos, proceder à caracterização dos cuidados de fisioterapia, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral.

O que parece garantir-se com projecto de Estatutos entregues na Assembleia da República e que se dá aqui como integralmente reproduzido para estes efeitos.

A regulamentação do exercício profissional dos fisioterapeutas, a que agora se reconhece, pois, corresponde também aos princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e, designadamente, aos consignados na alínea c) da base XIV, no n.º 1 da base XV e no n.º 2 da base XL da mesma lei.

E a entidade legítima para o pedido, pelo seu papel desenvolvido ao longo de décadas, por ser a única representante dos fisioterapeutas em Portugal, e pelo número de associados efectivos, é a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF).

É o que se aprecia e prolata,

Universidade Lusófona, 2008-10-17
O Presidente do Conselho Científico

(Professor Doutor Augusto Pereira Brandão)

Legislación del Estado



ESTATUTOS GENERALES

DEL

CONSEJO GENERAL

DE

COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

REAL DECRETO 1001/2002, DE 27 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBAN LOS ESTATUTOS GENERALES DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS.

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, corporación creada por la Ley 21/1998, de 1 de julio, y cuyos Estatutos provisionales fueron publicados, por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 24 de noviembre de 1999, en el «Boletín Oficial del Estado» del día 15 de diciembre del mismo año, ha remitido a dicho Departamento el proyecto de sus Estatutos Generales, a efectos de su aprobación por el Gobierno, conforme a lo establecido, con carácter general, en el artículo 6.2 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, y, específicamente, respecto a esta corporación profesional, en la disposición transitoria segunda.2 de la ya citada Ley 21/1998.

Verificada la adecuación a la legalidad de dichos Estatutos, procede su aprobación mediante este Real Decreto, en cuya tramitación han sido oídas las corporaciones profesionales afectadas y las Consejerías correspondientes de las Comunidades Autónomas.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 27 de septiembre de 2002,

DISPONGO

Artículo único. Aprobación de los Estatutos.

Se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, cuyo texto figura como anexo al presente Real Decreto.

Disposición derogatoria única. Derogación de los Estatutos provisionales.

Quedan derogados los Estatutos provisionales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, publicados, por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 24 de noviembre de 1999, en el «Boletín Oficial del Estado» del día 15 de diciembre del mismo año.

Disposición final única. Entrada en vigor.

El presente Real Decreto y los Estatutos que figuran en el anexo entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 27 de septiembre de 2002.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Consumo, ANA MARÍA PASTOR JULIÁN

ANEXO

Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas

TÍTULO I

Disposiciones generales

CAPÍTULO I

De los principios básicos del ejercicio de la Fisioterapia

Artículo 1. De la Fisioterapia.

1. La Fisioterapia es la ciencia y el arte del tratamiento físico; es decir, el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan y previenen las enfermedades, promueven la salud, recuperan, habilitan, rehabilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud.
2. El ejercicio de la Fisioterapia incluye, además, la ejecución por el fisioterapeuta, por sí mismo o dentro del equipo multidisciplinario, de pruebas eléctricas y manuales destinadas a determinar el grado de afectación de la inervación y la fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, todas ellas enfocadas a la determinación de la valoración y del diagnóstico fisioterápico, como paso previo a cualquier acto fisioterapéutico, así como la utilización de ayudas diagnósticas para el control de la evolución de los usuarios.
3. El objetivo último de la Fisioterapia es promover, mantener, restablecer y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos a fin de mejorar la calidad de vida de la persona y facilitar su reinserción social plena.

Artículo 2. De los fisioterapeutas.

1. Las funciones asistenciales, docentes, de investigación y de gestión del fisioterapeuta derivan directamente de la misión de la Fisioterapia en la sociedad y se llevan a cabo de acuerdo con los principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los usuarios, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.
2. Son funciones de los fisioterapeutas, entre otras, el establecimiento y la aplicación de cuantos medios físicos puedan ser utilizados con efectos terapéuticos en los tratamientos que se prestan a los usuarios de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos medios, entendiéndose por medios físicos: la electricidad, el calor, el frío, el masaje, el agua, el aire, el movimiento, la luz y los ejercicios terapéuticos con técnicas especiales, entre otras, en cardiorespiratorio, ortopedia, coronarias, lesiones neurológicas, ejercicios maternos pre y postparto, y la realización de actos y tratamientos de masaje, osteopatía, quiropraxia, técnicas terapéuticas reflejas y demás terapias manuales específicas, alternativas o complementarias afines al campo de competencia de la fisioterapia que puedan utilizarse en el tratamiento de usuarios.

Estas funciones se desempeñan, entre otras, en instituciones sanitarias, centros docentes, centros de servicios sociales, instituciones deportivas, consultorios de fisioterapia, centros de rehabilitación y recuperación funcional, gimnasios, balnearios, centros geriátricos, centros educativos y de educación especial e integración, y domicilios de los usuarios.

3. Los fisioterapeutas, una vez cumplidos los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico aplicable, tendrán la plenitud de atribuciones y facultades en el ejercicio de su profesión que la normativa vigente les confiere, cualquiera que sea la modalidad, la vinculación o el título jurídico en virtud del cual presten sus servicios.

4. El ejercicio libre de la profesión de fisioterapeuta se realizará en régimen de libre competencia y estará sujeto, en cuanto a la oferta de servicios y fijación de su remuneración, a la Ley de Defensa de la Competencia y a la Ley de Competencia Desleal.

Artículo 3. Composición de la organización colegial de la Fisioterapia.

La organización colegial de la Fisioterapia está constituida por los siguientes órganos representativos y de gobierno:

- a) Los Colegios Profesionales u Oficiales de Fisioterapeutas.
- b) Los Consejos autonómicos que, en su caso, pudieran organizarse en las Comunidades Autónomas.
- c) El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

CAPÍTULO II

Relaciones con la Administración General del Estado y tratamiento

Artículo 4. Relaciones con la Administración General del Estado.

Las relaciones del Consejo General con la Administración General del Estado se establecerán a través del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 5. Tratamiento.

1. Los miembros del Consejo General tendrán la condición de autoridad en el ámbito corporativo y en el ejercicio de las funciones que les están encomendadas.
2. El Consejo General tendrá el tratamiento de ilustre y sus miembros el de ilustrísimo.

TÍTULO II

Del Consejo General

CAPÍTULO I

Naturaleza, fines y funciones

Artículo 6. Naturaleza.

1. El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España es una corporación de Derecho público con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, de acuerdo con la Ley de Colegios Profesionales.
2. El domicilio del Consejo General radicará en la capital de España, sin perjuicio de que pueda celebrar reuniones en cualquier otro lugar del territorio español.

Artículo 7. Fines.

1. El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España es el órgano coordinador y representativo del conjunto de los Colegios Profesionales u Oficiales de Fisioterapeutas y de los Consejos autonómicos, en cuanto a las funciones que le son propias y se regulan en estos Estatutos, en los ámbitos estatal e internacional.
2. Los fines y atribuciones del Consejo General contenidos en estos Estatutos se entenderán referidos al ámbito estatal y, en su caso, al internacional.

Artículo 8. Competencia y funciones.

1. Corresponden al Consejo General todas las funciones que le son atribuidas por la Ley de Colegios Profesionales, así como cuantas otras fueran pertinentes por virtud de disposiciones generales o especiales.
2. Las competencias generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, sin perjuicio de las competencias propias de los Colegios y Consejos autonómicos que las Leyes autonómicas establezcan, son:
 - a) La coordinación interautonómica de la política general de la organización colegial de la Fisioterapia.
 - b) La representación y la defensa profesional de la Fisioterapia en el ámbito nacional e internacional, ante la Administración General del Estado, instituciones, Tribunales, entidades y particulares, con legitimación para ser parte en cuantos litigios afecten a los intereses profesionales.
 - c) La promoción científica de la Fisioterapia y el perfeccionamiento y ordenación del ejercicio profesional en el ámbito estatal, en los términos que establezcan las Leyes.
 - d) La elaboración, el desarrollo y la actualización del Código de Ética y Deontología Estatal de la profesión, que no podrá ir en contra de lo establecido en estos Estatutos, y que deberá estar en armonía con los Códigos Deontológicos de los Colegios Profesionales autonómicos.
 - e) La promoción del derecho a la salud de la población.

f) La promoción social, cultural y laboral de la Fisioterapia en el ámbito estatal.

g) Cuantas otras le sean atribuidas por la Ley de Colegios Profesionales o le fueran pertinentes por virtud de disposiciones generales o especiales.

3. Le compete al Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, en relación con la representación y defensa de los intereses de la Fisioterapia:

a) Promover la mejora y perfeccionamiento de la legislación sobre Colegios Profesionales e informar los proyectos de disposiciones de ámbito estatal que afecten a las condiciones del ejercicio profesional de los fisioterapeutas. b) Ordenar y armonizar, en el ámbito de sus competencias y de acuerdo con lo previsto en las Leyes, la actuación de la profesión hacia las exigencias del bien común y velar por su alto prestigio y nivel. c) Estudiar los problemas de la profesión; adoptar soluciones generales precisas y proponer las reformas pertinentes; y ejercer los derechos de petición y de exposición en materia de sus competencias. d) Adoptar las medidas conducentes a evitar el intrusismo profesional. e) Resolver los recursos de alzada que se interpongan contra los actos de los Colegios Profesionales u Oficiales y de los Consejos autonómicos, cuando dichos actos estén sometidos al derecho administrativo y así se prevea en los correspondientes Estatutos, y siempre que a ello no se opongan las Leyes de la correspondiente Comunidad Autónoma. f) Ejercer las funciones disciplinarias que los Estatutos le atribuyen. g) Fomentar cooperaciones asociativas, especialmente con las restantes corporaciones colegiales, en la defensa y reivindicación de problemas comunes. h) Fomentar la creación de Colegios Profesionales en aquellos territorios que carezcan de los mismos.

4. En el ámbito de la promoción científica y el perfeccionamiento y ordenación del ejercicio profesional, le corresponde al Consejo General:

a) Programar y promover, en coordinación con los respectivos Colegios Profesionales u Oficiales y demás instituciones, actividades de formación continuada que garanticen la posibilidad de permanente acceso a la actualización en los avances de la profesión. b) Editar en cualquier soporte información científica y técnica sobre los progresos de la profesión, así como las revisiones y metaanálisis sobre temas controvertidos o resultados comparativos de protocolos preventivos y terapéuticos. c) Promover la creación de fundaciones, institutos o aulas permanentes de formación continuada, donde se puedan impartir cursos prácticos y teórico-prácticos en la forma que resulte más eficaz y eficiente para todos los colegiados españoles. d) Establecer procedimientos de control del seguimiento de la educación continuada y emitir certificaciones acreditativas del mismo. e) Elaborar, desarrollar y actualizar los protocolos y pautas fisioterapéuticas recomendables como «lex artis» ante las distintas situaciones de salud y patología, individuales y colectivas. f) Promover becas y premios de investigación. g) Fomentar la divulgación de los distintos aspectos y avances de la profesión.

5. En materia de ética y deontología profesional, compete al Consejo General:

a) Aprobar el Código Deontológico y su actualización, con las normas correspondientes ordenadoras del ejercicio de la Fisioterapia, de ámbito estatal. b) Crear una Comisión Central de Ética y Deontología.

6. En materia de promoción del derecho a la salud en el ámbito fisioterápico, le corresponde al Consejo:

a) Defender y tutelar los intereses generales de la colectividad en relación con la salud.

b) Coordinar las políticas colegiales en materia de intrusismo o ilegalidad, e informar de cuantas actuaciones pudieran ser engañosas para la población. c) Cooperar con los poderes públicos en la formulación de la política sanitaria y en la elaboración de cuantas disposiciones afecten o se relacionen con la promoción de la salud y la asistencia sanitaria en el ámbito fisioterápico.

7. En materia de la promoción social, cultural y laboral de la Fisioterapia, compete al Consejo General:

a) Estimular la solidaridad, previsión social y progreso profesional entre los colegiados. b) Organizar con carácter nacional instituciones y servicios de asistencia y previsión, de adhesión voluntaria. c) Promocionar, colaborar y participar en la protección social de los colegiados jubilados o inválidos y de los cónyuges viudos y de los huérfanos en cuantas modalidades de actividad le sean posibles. d) Colaborar en pro del mayor nivel de empleo de los colegiados.

CAPÍTULO II

Composición

Artículo 9. Composición del Consejo General.

1. El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España está constituido por los siguientes órganos colegiados:

a) La Asamblea General. b) El Comité Ejecutivo. c) La Comisión Permanente.

2. Los órganos unipersonales del Consejo General, que en conjunto constituyen el Comité Ejecutivo, son:

- a) El Presidente.
- b) El Vicepresidente.
- c) El Secretario general.
- d) El Vicesecretario.
- e) El Tesorero.
- f) El Vicetesorero.
- g) Tres vocales.

CAPÍTULO III

De la Asamblea General

Artículo 10. Competencias.

1. La Asamblea General es el órgano supremo del Consejo General. Tendrá las siguientes competencias:

a) La aprobación, por la mayoría cualificada devotos que se establece en estos Estatutos, de suplementos de créditos extraordinarios que autoricen gastos no incluidos en el presupuesto o que exigieran derramas de los Colegios.

b) Las funciones que, en el ámbito de la competencia del Consejo General, le correspondan con respecto a la colegiación, reforma de los presentes Estatutos y Código Deontológico, a partir de propuestas previamente elaboradas por el Comité Ejecutivo.

c) Establecer el régimen de condecoraciones, premios y galardones otorgados por el Consejo General en su ámbito de actuación territorial.

d) Aprobar el Reglamento de protocolo y actos institucionales.

e) Aprobar el Reglamento sobre imagen corporativa que regulará el uso de los colores corporativos, logotipos, insignias, escudo y bandera del Consejo General.

f) Designar la Comisión Central de Ética y Deontología, a propuesta del Comité Ejecutivo.

g) Establecer, dentro de su ámbito de competencia, el marco de honorarios orientativos que garanticen una actuación profesional compatible con la calidad del servicio, sin perjuicio de los principios de libre competencia en el ejercicio profesional que declaran la Ley de Colegios Profesionales y la Ley de Defensa de la Competencia.

- h) El control y supervisión inmediatos de la gestión del Comité Ejecutivo.
- i) Cesar al Comité Ejecutivo o algunos de sus cargos mediante la adopción de voto de reprobación o de censura.
- j) La aprobación de los presupuestos anuales ordinarios y las cuentas anuales del Consejo General.
- k) Establecer procedimientos de control del seguimiento de la formación continuada para su debida acreditación y organizar la recertificación profesional, sin perjuicio de las competencias de la Administración y los Colegios Profesionales u Oficiales en estas materias.
- l) Creación en su seno de cuantas comisiones de trabajo o especiales sean necesarias para un mejor funcionamiento del Consejo.
- m) La aprobación del Reglamento General regulador de los presupuestos del Consejo.
- n) Las funciones específicamente encomendadas por los Colegios o Consejos autonómicos, de las que les sean propias.

2. La Asamblea General podrá delegar alguna de sus funciones en los demás órganos colegiados del Consejo General que considere oportuno y, en particular, las mencionadas en los párrafos c) y k) del apartado anterior. No serán delegables las contempladas en los párrafos a), h), i), j) y l).

Artículo 11. Composición y cuota de votos.

1. La Asamblea General está integrada por los siguientes miembros, todos ellos dotados de voz y un voto cada uno:

A) El Presidente del Consejo General, que lo será a su vez del Comité Ejecutivo, elegido por y entre los Consejeros natos de la Asamblea.

B) Los restantes miembros del Comité Ejecutivo, que serán designados por los Consejeros electivos y natos de entre los miembros de la Asamblea.

C) Los Consejeros natos: los Presidentes o Decanos de los Colegios Profesionales u Oficiales, elegidos en la forma determinada en sus correspondientes Estatutos.

D) Los Consejeros electivos: designados por los respectivos Colegios Profesionales u Oficiales de ámbito autonómico, entre los miembros de sus Juntas de Gobierno, o por los Consejos autonómicos, en su caso, en razón del número de colegiados existentes en el territorio autonómico, según la escala siguiente:

- a) De 301 a 800 colegiados: un Consejero.
- b) De 801 a 2.000 colegiados: dos Consejeros.
- c) De 2.001 a 4.000 colegiados: tres Consejeros.
- d) Más de 4.001 colegiados: cuatro Consejeros.

2. A los efectos de los cálculos anteriores, se tendrán en cuenta el número de colegiados a fecha 1 de enero de cada año, manteniéndose el resultado así obtenido para todas las sesiones de ese año natural.

3. La designación de Consejeros se llevará a cabo de acuerdo con la normativa autonómica que sea de aplicación.

Artículo 12. Reuniones.

1. La Asamblea se reunirá con carácter ordinario dos veces al año, una para aprobar los presupuestos y otra para aprobar las cuentas anuales del ejercicio anterior, sin perjuicio de poder ser convocada con carácter extraordinario cuantas veces sea necesario.

2. El Presidente deberá convocar la Asamblea con carácter extraordinario cuando lo solicite:

a) El Comité Ejecutivo.

b) Un tercio de los miembros de la Asamblea.

3. La convocatoria será cursada por escrito, junto con el orden del día correspondiente, por la Secretaría General, por mandato de la Presidencia, con, al menos, quince días de antelación, salvo en casos de urgencia, que podrá realizarse por cualquier medio escrito que deje constancia, con tres días de anticipación.

4. La Asamblea quedará válidamente constituida, en primera convocatoria, cuando concurren la mayoría absoluta de sus miembros, y en segunda convocatoria, que deberá tener lugar en el plazo de media hora después de la señalada para la primera, cualquiera que sea el número de miembros presentes, siempre que en ambos casos asistan el Presidente, Secretario y Tesorero o quienes les sustituyan de acuerdo con estos Estatutos.

5. Salvo disposición contraria en estos Estatutos, los acuerdos de la Asamblea General se adoptarán por mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos. El Presidente determinará libremente, salvo criterio contrario de un tercio de los Consejeros presentes, la forma de realizar la votación de entre las siguientes modalidades:

a) Por asentimiento a la propuesta del Presidente.

b) A mano alzada.

c) Por votación nominal mediante papeletas.

Artículo 13. Nombramientos.

1. El nombramiento de los Consejeros natos y electivos como miembros de la Asamblea General se efectuará a favor del cargo y no de la persona.

En caso de ausencia temporal o vacante definitiva, serán sustituidos en la Asamblea por quienes les sustituyan o sucedan en el cargo de acuerdo con los respectivos Estatutos colegiales u autonómicos, pero no se admitirá la delegación devoto a favor de otro miembro de la Asamblea General.

2. Por excepción a lo dispuesto en el apartado anterior, el nombramiento de los miembros del Comité Ejecutivo del Consejo será a favor de la persona y no del cargo que, en su caso, desempeñen en sus respectivos Colegios o Consejos. En caso de ausencia temporal o vacante definitiva en el Comité serán sustituidos por quienes se determina en los presentes Estatutos.

CAPÍTULO IV

Del Comité Ejecutivo

Artículo 14. Competencias.

Al Comité Ejecutivo le compete:

- a) La representación oficial del Consejo General, a través de su Presidente.
- b) La ejecución de los acuerdos de la Asamblea.
- c) El control y supervisión de los medios de comunicación oficiales del Consejo.
- d) La programación de la formación continuada en el ámbito nacional e internacional.
- e) La coordinación entre los Consejos autonómicos, así como entre los Colegios Profesionales u Oficiales que pertenezcan a diferentes Comunidades Autónomas.
- f) La elaboración de borradores de anteproyectos de Reglamentos, códigos y demás normas colegiales de ámbito estatal.
- g) La aprobación de los anteproyectos de presupuestos del Consejo General.
- h) El cuidado, mantenimiento y administración de los bienes inmuebles, mobiliario, instalaciones y patrimonio, en general, del Consejo.
- i) La preparación de los asuntos que deberán ser tratados por la Asamblea.
- j) La coordinación con las sociedades científicas con las que el Consejo establezca acuerdos o Convenios de colaboración.
- k) La elaboración y emisión de informes sobre las propuestas legislativas de la Administración General del Estado relativas a Colegios Profesionales o que afecten a las condiciones generales del ejercicio profesional de la Fisioterapia.
- l) La ejecución de los presupuestos del Consejo General.
- m) Resolver los recursos ante el Consejo General, en cuanto sean competencia de éste.
- n) Ejercer las funciones disciplinarias que los Estatutos atribuyen al Consejo General, para lo que nombrará en su caso, Instructor y Secretario, quienes instruirán el expediente y confeccionarán la propuesta de resolución que presentarán al Consejo General.
- ñ) Promover medidas de imagen de la profesión.
- o) Informar a los Colegios de sus respectivas actuaciones y de cuantas cuestiones les afecten.

Artículo 15. Composición, nombramiento y mandato.

1. El Comité Ejecutivo estará integrado por los siguientes componentes, todos ellos dotados de voz y voto:
 - a) Un Presidente.
 - b) Un Vicepresidente.

- c) Un Secretario general.
- d) Un Vicepresidente general.
- e) Un Tesorero.
- f) Un Vicetesorero.
- g) Tres vocales.

2. El Presidente será designado por y entre los Consejeros natos de la Asamblea. El resto de los miembros del Comité Ejecutivo serán designados por y entre los Consejeros natos y electivos de la Asamblea General.

Artículo 16. Reuniones.

1. El Comité Ejecutivo podrá elaborar y aprobar un Reglamento para regular sus reuniones y organización de trabajo.
2. El Comité Ejecutivo deberá reunirse en pleno, como mínimo, una vez al trimestre, sin perjuicio de que pueda hacerlo en Comisión Permanente, con mayor frecuencia.
3. El quórum para la válida constitución del Comité Ejecutivo será el de la mayoría absoluta de sus componentes en primera convocatoria y el de un tercio de sus miembros en segunda, siempre que asistan el Presidente y el Secretario o quienes les sustituyan de acuerdo con estos Estatutos.
4. Las ausencias del Presidente, del Secretario general o del Tesorero que no superen los sesenta días serán cubiertas provisionalmente por el Vicepresidente, el Vicesecretario o el Vicetesorero, respectivamente. Transcurrido dicho plazo, y subsistiendo la ausencia o la vacante antes aludida, el Vicepresidente, el Vicesecretario o el Vicetesorero suplirán con carácter definitivo al Presidente, al Secretario general o al Tesorero, respectivamente.
5. Las ausencias del Vicepresidente, Vicesecretario o Vicetesorero que no superen los sesenta días serán cubiertas provisionalmente por los vocales designados por el Presidente. Transcurrido dicho plazo, y subsistiendo la ausencia o vacante antes aludida, el vocal designado suplirá con carácter definitivo dicha vacante.
6. Los cargos de vocales que resulten vacantes como consecuencia de alguna de las sustituciones definitivas antes mencionadas, o por cualquier otro motivo, deberán ser cubiertos por Vocales designados mediante elecciones parciales convocadas al efecto.
7. Las convocatorias de las reuniones, con el orden del día, serán cursadas por el Secretario por cualquier medio de comunicación escrito, con una semana de antelación, salvo en casos de urgencia, en que podrá acortarse el plazo a dos días.
8. Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple de votos presentes, emitidos de forma directa, personal e indelegable. El Presidente dirimirá con su voto los empates a los efectos de adopción de acuerdos.

CAPÍTULO V

De la Comisión Permanente

Artículo 17. Composición.

El Comité Ejecutivo podrá designar de entre sus miembros una Comisión Permanente, que estará constituida, al menos, por el Presidente, el Secretario y un vocal.

Artículo 18. Funciones.

Esta Comisión tendrá por funciones todas aquellas que no estén atribuidas al Pleno del Comité Ejecutivo y, en especial, preparar las materias que deban ser tratadas por el Pleno, así como los asuntos urgentes, y aquello que le delegue expresamente el Comité y de cuya resolución dará cuenta al mismo.

CAPÍTULO VI

De los cargos unipersonales

Artículo 19. Del Presidente.

1. Corresponde al Presidente:

a) Representar al Consejo General en todos los actos y contratos, así como ante las autoridades o Tribunales y Juzgados de la clase que sea, pudiendo otorgar los mandatos y poderes que sean necesarios.

b) Autorizar los informes y comunicaciones que hayan de cursarse, y ejecutar o hacer que se ejecuten los acuerdos adoptados por los órganos colegiados.

c) Ejercitar todos los derechos y cumplir todas las obligaciones que le corresponden, conforme a las disposiciones de los presentes Estatutos y acuerdos del Consejo General.

d) Autorizar las comunicaciones y escritos que por no ser de mero trámite le corresponde.

e) Visar, junto con el Tesorero o cualquier otra persona a la que el Comité Ejecutivo hubiera facultado expresamente para ello, los pagos para satisfacer las obligaciones del Consejo General, de conformidad con las cantidades que figuren en los correspondientes presupuestos.

f) Visar las actas y certificaciones que procedan.

g) Convocar, presidir y levantar las sesiones de los órganos colegiados, tanto ordinarias como extraordinarias, así como mantener el orden y otorgar el uso de la palabra, salvo que delegue expresamente en otro miembro de los mismos.

h) Nombrar, por acuerdo de la Asamblea o del Comité Ejecutivo, las Comisiones, ponencias y grupos de trabajo que estime necesarios para el mejor desarrollo de

la función del Consejo y el estudio y resolución de los asuntos o intereses que competen al Consejo, pudiendo hacerlo directamente en caso de urgencia, en cuyo caso dará cuenta al Comité Ejecutivo en la primera reunión de éste que se celebre.

- i) Presidir o delegarla presidencia de cualquier comisión, ponencia o grupo de trabajo.
 - j) Informar al Consejo y a sus miembros, con facultad de iniciativa, en todos cuantos asuntos sean de competencia del propio Consejo General.
 - k) Todas aquellas acciones que sean precisas para llevar a cabo el normal funcionamiento administrativo y económico del Consejo General.
2. El Presidente se esforzará específicamente en mantenerla mayor armonía y hermandad entre los miembros del Consejo General, procurando que todo litigio entre los mismos, sea cual fuere la índole o naturaleza, se resuelva dentro de su seno, y velará porque las actuaciones del Consejo se atemperen a los fines de la colegiación.

Artículo 20. Del Vicepresidente.

El Vicepresidente llevará a cabo todas aquellas funciones que le confiera el Presidente, asumiendo las de éste en caso de ausencia, enfermedad, abstención, recusación o vacante.

Artículo 21. Del Secretario general.

Es competencia del Secretario general:

- a) Velar por la ejecución de los acuerdos de los órganos colegiados, así como las resoluciones que, con arreglo a los Estatutos, dicte la Presidencia.
 - b) Custodiar la documentación del Consejo.
 - c) Realizar todas aquellas actividades tendentes a los fines señalados en los apartados anteriores.
 - d) Auxiliar en su misión al Presidente y orientar y promocionar cuantas iniciativas de orden técnico-profesional deban adoptarse.
 - e) Extenderlas actas de las reuniones de los órganos colegiados del Consejo General, dar cuenta de las inmediatamente anteriores, para su aprobación en su caso, e informar, si procede, los asuntos que en tales reuniones deban tratarse y le encomiende el Presidente.
- Las actas, en las que se expresará la fecha y los asistentes a la reunión, recogerán si los acuerdos se adoptaron por asentimiento, esto es, cuando no se formulen objeciones por ninguno de los asistentes, o por votación, y, en este caso, si lo fue por mayoría o por unanimidad.
- f) Llevar los libros de actas necesarios y extender los certificados que procedan, así como las comunicaciones ordinarias y circulares que hayan sido en su caso, autorizadas por los órganos colegiados o el Presidente.
 - g) Llevar el censo de colegiados de España, en un fichero-registro con todos los datos y especificaciones oportunas.
 - h) Proponer y gestionar cuantos extremos sean conducentes ala buena marcha administrativa.
 - i) Dirigir y ejecutar las misiones que los Estatutos le atribuyen y cualesquiera otras que el Comité Ejecutivo del Consejo le encomienden.
 - j) Asumir la jefatura del personal y la dirección de los servicios administrativos del Consejo General.

k) Actuar con plenitud de atribuciones en el ejercicio de las funciones propias de su cargo. Para ello podrá oír las orientaciones e informes que según la naturaleza de los asuntos a resolver le faciliten la Dirección Ejecutiva, si la hubiera, la Asesoría Jurídica y cualesquiera otros asesoramientos que considere pertinente recabar. Estos informes, sin embargo, no serán vinculantes para el Secretario general.

Artículo 22. Del Vicesecretario general.

El Vicesecretario general auxiliará al Secretario general y asumirá sus funciones en caso de ausencia, enfermedad, abstención, recusación o vacante.

Artículo 23. Del Tesorero.

Corresponde al Tesorero:

- a) Recaudar y custodiar bajo su responsabilidad los fondos pertenecientes al Consejo General, no pudiendo tener en caja cantidad superior a la que el Comité Ejecutivo acuerde.
- b) Llevar, con las debidas formalidades, los libros de entrada y salida de fondos, debiendo conservar los justificantes de caja para presentarlos en cualquier momento que alguno de los miembros de los órganos colegiados lo solicite.
- c) Formalizará periódicamente las correspondientes cuentas de ingresos y gastos, sometiéndolas a la aprobación del Comité Ejecutivo y dándole cuenta del estado de caja.
- d) Ingresar y retirar fondos de las cuentas corrientes, firmando mancomunadamente con el Presidente, Vicepresidente, Secretario general o cualquier otra persona que el Comité Ejecutivo hubiera facultado expresamente.
- e) Constituir y cancelar depósitos por acuerdo del Comité Ejecutivo uniendo su firma a la del Presidente.
- f) Formalizar, sometiéndola a la aprobación del Comité Ejecutivo y de la Asamblea General, la cuenta anual de ingresos y gastos del Consejo y presentar el informe de la auditoría externa.
- g) Formular el presupuesto de ingresos y gastos para el desenvolvimiento normal del Consejo durante el ejercicio económico siguiente, que habrá de someterse a aprobación de la Asamblea General.
- h) Informar al Comité Ejecutivo y ala Asamblea General, cuando se le requiera para ello, de la marcha económica del Consejo.
- i) Examinar e informar todos los años la cuenta de Tesorería.
- j) Hacer el inventario de muebles, inmuebles, enseres y efectos del Consejo y dar cuenta anualmente de la entrada y salida, así como del deterioro de los mismos.
- k) Presentar en las sesiones del Comité Ejecutivo la relación de los pagos que hayan de verificarse.
- l) Aquellas otras funciones que le fueran encomendadas por el Comité Ejecutivo.

Artículo 24. Del Vicetesorero.

El Vicetesorero auxiliará al Tesorero y asumirá sus funciones en caso de ausencia, enfermedad, abstención, recusación o vacante.

Artículo 25. De los vocales.

Ejercerán las funciones que les atribuya el Comité Ejecutivo y, en especial, podrán presidir, por delegación del Presidente, las Comisiones de trabajo que se creen, dando cuenta de lo actuado en ellas al Presidente, quien, a su vez, informará a los órganos correspondientes.

Artículo 26. Posibilidad de remuneración de los cargos unipersonales.

Mediante acuerdo de la Asamblea General se determinarán los cargos unipersonales del Consejo General

que podrán ser remunerados, a propuesta razonada del Comité Ejecutivo, a cuyos efectos se fijarán las partidas precisas en los presupuestos anuales, así como para atender decorosamente los gastos de representación del Consejo y su Comité Ejecutivo.

CAPÍTULO VII

Duración, cese y reemplazo de los cargos unipersonales, cuestión de confianza y moción de censura

Artículo 27. Duración y causas de cese de los cargos unipersonales.

1. Los mandatos de los miembros del Comité Ejecutivo tendrán una duración de cuatro años, computados a partir de la fecha de su toma de posesión, con un límite de dos reelecciones.
2. Los miembros del Comité Ejecutivo cesarán por las causas siguientes:
 - a) Fin de mandato, con la toma de posesión de los nuevos cargos.
 - b) Renuncia personal voluntaria.
 - c) Pérdida de los requisitos estatutarios para desempeñar el cargo.
 - d) Falta de asistencia injustificada a las reuniones, conforme a lo establecido en el artículo 16 de estos Estatutos.
 - e) Moción de reprobación o de censura aprobadas con arreglo a las normas de los presentes Estatutos.
 - f) Sanción disciplinaria firme por infracción grave o muy grave, no rehabilitada.

Artículo 28. Ocupación de cargos vacantes durante un mandato.

1. Si quedara vacante la Presidencia, asumirá sus funciones el Vicepresidente.
2. Si quedara vacante el cargo de Secretario o de Tesorero, asumirán sus funciones, respectivamente, el Vicesecretario y el Vicetesorero.
3. Si quedara vacante cualquier otro cargo, incluido el de Vicepresidente cuando éste hubiera asumido la Presidencia con carácter definitivo, su puesto será automáticamente asumido por el Vocal que designe el Comité Ejecutivo.

4. Si simultáneamente se produjeran vacantes en la Presidencia y la Vicepresidencia, o más de la mitad de los cargos del Comité Ejecutivo, se abrirá, de forma inmediata, el correspondiente proceso electoral para designar un nuevo Comité Ejecutivo.

Artículo 29. Cuestión de confianza.

1. El Comité Ejecutivo en Pleno o cualquier cargo unipersonal podrá someterse voluntariamente, cuando se dieran circunstancias que a su juicio lo recomendaran, al voto de confianza de la Asamblea General.

2. Para la confianza, los miembros del Comité Ejecutivo no dispondrán de derecho a voto.

3. La confianza se entenderá otorgada cuando obtenga el voto de la mayoría simple de los votos de los miembros de la Asamblea.

4. La no superación de la cuestión de confianza tendrá la consideración de reprobación y conllevará el cese en pleno del Comité Ejecutivo o del cargo sometido a la misma.

Artículo 30. Reprobación.

1. La Asamblea General podrá reprobare los cargos del Comité Ejecutivo.

2. La petición expresará las razones en que se funda y deberá ser suscrita por, al menos, un tercio de los miembros de la Asamblea.

3. Presentada la petición, el Presidente deberá convocar ala Asamblea General con carácter extraordinario, en el plazo máximo de un mes y con quince días de antelación a su celebración, como mínimo. De no hacerlo al cabo de tal plazo, quedará facultado para convocarla el miembro más antiguo de los solicitantes de la moción.

4. Para la reprobación, los miembros del Comité Ejecutivo no dispondrán de voto.

5. Para que prospere la moción de reprobación deberá ser aprobada por la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos de la Asamblea.

6. De prosperar la moción de reprobación, los cargos unipersonales reprobados cesarán en su mandato y serán sustituidos en el mismo por quien se establece en estos Estatutos. Si como consecuencia de la reprobación se dieran los supuestos contemplados en el artículo 28.4, se abrirá un proceso electoral, constituyéndose interinamente una Gestora, que deberá convocar elecciones para el Comité Ejecutivo en un plazo máximo de quince días.

7. Los proponentes no podrán plantear más de una moción de reprobación a un mismo cargo en el término de un año.

8. No se podrán proponer mociones de reprobación en el último semestre de un mandato.

Artículo 31. Censura.

1. La Asamblea General podrá acordar el cese del Comité Ejecutivo en pleno y el nombramiento de los candidatos alternativos mediante la adopción de voto de censura.

2. La petición deberá ser suscrita, al menos, por un tercio de los miembros de la Asamblea, expresando con claridad las razones en que se funde y proponiendo candidatos alternativos a los cargos del Comité Ejecutivo, que deberán acreditar su conformidad y adjuntar un programa de trabajo.

3. Presentada la petición, el Presidente deberá convocar a la Asamblea en el plazo máximo de un mes y con quince días de antelación a su celebración. De no hacerlo al cabo de tal plazo, quedará facultado para convocarla el miembro más antiguo de los solicitantes de la moción.
4. Para la censura, los miembros del Comité Ejecutivo no dispondrán de voto.
5. Para que prospere la moción de censura deberá ser respaldada por la mayoría absoluta de la Asamblea.
6. De prosperar la moción de censura, el Comité censurado será reemplazado por los candidatos propuestos.
7. Los proponentes no podrán plantear más de una moción de censura en el término de un año.

CAPÍTULO VIII

Régimen electoral de los cargos unipersonales

Artículo 32. Normativa aplicable.

1. El régimen electoral de los cargos unipersonales del Comité Ejecutivo se regirá por lo dispuesto en estos Estatutos y en la restante normativa colegial que los desarrolle.
2. La Asamblea General podrá aprobar un Reglamento específico del régimen electoral, que desarrollará lo dispuesto en este capítulo y contendrá todo lo relativo

a la composición y forma de elección de la Comisión Gestora y de la mesa electoral, la forma y efectos de la convocatoria electoral, los requisitos y plazos para la presentación y proclamación de candidaturas, la forma de proceder durante la campaña y la jornada electoral, y el procedimiento de votación, escrutinio y toma de posesión de los elegidos.

Artículo 33. Causas de convocatoria de elecciones y competencia.

Se convocarán elecciones a los cargos del Comité Ejecutivo en los siguientes casos:

- a) Cuando finalice el período de mandato de cuatro años. En este caso, el Presidente del Comité Ejecutivo saliente deberá convocar elecciones con dos meses de antelación, como mínimo, al término de su período de mandato.
- b) Cuando sean reprobados o queden vacantes simultáneamente los cargos del Comité Ejecutivo a que se refiere el artículo 28.4 de los presentes Estatutos. En este caso deberá constituirse una Comisión Gestora en el plazo de quince días, que deberá convocar elecciones en un plazo no superior a quince días.
- c) Cuando queden vacantes cargos de vocales. En este caso se convocarán elecciones parciales, en un plazo de quince días, para cubrir las vacantes.
- d) Por la reprobación aprobada con arreglo a las normas de los presentes Estatutos.

Artículo 34. Condiciones de elegibilidad y derecho al voto.

1. El Presidente del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, que lo es a su vez del Comité Ejecutivo, será elegido por votación libre y secreta en la que participarán todos los Consejeros natos de la Asamblea General, incluyendo al Presidente del Comité saliente. El resto de los miembros del Comité Ejecutivo será elegido por votación libre y secreta por los Consejeros electivos y natos de la Asamblea, incluyendo a los miembros del Comité saliente.
2. No se admitirá ni el voto delegado ni el voto por correo, pero sí la representación contemplada en estos Estatutos.
3. El Presidente del Consejo General será elegido de entre todos los Presidentes o Decanos de los Colegios Profesionales u Oficiales o de los Consejos autonómicos, en su caso, incluyendo al Presidente saliente, que cumplan con los requisitos de encontrarse en ejercicio y no hallarse sancionado disciplinariamente por resolución firme del Colegio, del Consejo autonómico o del Consejo General y encontrarse al corriente de sus obligaciones con el respectivo Colegio. El resto de los miembros del Comité Ejecutivo será elegido de entre los Consejeros natos y electivos de la Asamblea que reúnan los mismos requisitos.
4. Para optar al cargo de Presidente se deberá presentar la candidatura individual avalada por la firma de, al menos, cinco Presidentes o Decanos de Colegios autonómicos o de Consejos autonómicos, en su caso. Para el resto de los cargos del Comité Ejecutivo no se precisará aval de la candidatura individual.
5. Si no hubiera ningún candidato para el cargo de Presidente con el respaldo antedicho, se realizará una nueva convocatoria, en cuyo caso bastará el aval del Presidente de un Colegio o Consejo autonómicos.
6. Serán de aplicación a los órganos unipersonales del Consejo General la obligatoriedad del ejercicio profesional y las incompatibilidades a que se refiere la Ley de Colegios Profesionales.
7. Todas las condiciones de elegibilidad deberán ser cumplidas en el último día del plazo de presentación de candidaturas.
8. No podrán votar los Consejeros natos pertenecientes a las Juntas de Gobierno de aquellos Colegios o de aquellos Consejos autonómicos que no se encuentren al corriente de sus obligaciones económicas con el Consejo General.

Artículo 35. Procedimiento electoral.

1. Las candidaturas para Presidente del Consejo General y para el resto de los cargos del Comité Ejecutivo deberán tener entrada en el Comité Ejecutivo en funciones dentro de los treinta días naturales siguientes a la comunicación de la convocatoria de elecciones.
2. En la convocatoria se señalará ahora de apertura y cierre de la votación, la cual se realizará mediante el depósito en dos urnas separadas de las respectivas papeletas para elegir el cargo de Presidente y a los restantes cargos del Comité Ejecutivo.
3. La Mesa electoral estará compuesta por los tres Presidentes o Decanos de los Colegios Profesionales u Oficiales o de los Consejos autonómicos, en su caso, de mayor edad, realizando el más joven de ellos las funciones de Secretario, y el mayor, las de Presidente de la Mesa.
4. El acto comenzará haciendo pública el Presidente de la Mesa electoral la relación de candidatos a Presidente y al resto de cargos del Comité admitidos. Ningún candidato podrá concurrir a más de un cargo.

Los Consejeros natos del Consejo General, o quienes les sustituyan estatutariamente, depositarán personalmente sus votos en la urna destinada a elegir al Presidente del Comité Ejecutivo, sin que quepa la delegación del voto. Cada Consejero introducirá tantos votos como número de Consejeros electivos le correspondan en la Asamblea General al Colegio o Consejo autonómico al que representan, de acuerdo con la escala establecida en el artículo 1.1A).

5. Los Consejeros natos y electivos depositarán personalmente un voto en una urna destinada a la elección del resto de cargos del Comité Ejecutivo, sin que quepa la delegación del voto.
6. Finalizada la votación, y sin interrumpir la sesión, se procederá al escrutinio.
7. Terminado el escrutinio, la mesa electoral proclamará candidatos electos a Presidente y demás cargos del Comité a aquellos que hayan obtenido la mayoría de los votos válidos emitidos. La mesa levantará la correspondiente acta, en la que se reflejarán todas las incidencias.
8. Los candidatos proclamados electos tomarán posesión en un plazo máximo de quince días.
9. Cuando en el proceso electoral para elegir Presidente o cualquier otro cargo del Comité Ejecutivo resulte proclamada una sola candidatura, no será necesaria la celebración del acto electoral, quedando proclamado electo dicho candidato de forma automática.

Artículo 36. Recursos.

Todas las incidencias electorales y el acta a que se refiere el artículo anterior serán recurribles en el plazo de veinticuatro horas ante la mesa electoral, que resolverá en idéntico plazo, según el procedimiento que reglamentariamente se establezca.

Contra las resoluciones de la mesa electoral podrá interponerse recurso contencioso-administrativo.

CAPÍTULO IX

Del régimen de garantías e incompatibilidades de los cargos del Consejo General

Artículo 37. Régimen de garantías de los cargos del Consejo General.

El cumplimiento de las obligaciones correspondientes a los cargos representativos del Consejo tendrá a los efectos corporativos y profesionales la consideración y carácter de cumplimiento de deber colegial.

Artículo 38. Facultades de los cargos del Consejo General.

La designación para un cargo de representación del Consejo General faculta a su titular para ejercerlo libremente durante su mandato, comprendiendo las siguientes atribuciones:

- a) Expresar libremente sus opiniones en las materias concernientes a la esfera de la representación del Consejo.
- b) Promover las acciones a que haya lugar para la defensa de los derechos e intereses colegiales confiados a su cargo.
- c) Reunirse con los restantes miembros de los órganos de gobierno corporativos, conforme a las normas estatutarias, para deliberar, acordar y gestionar sobre temas de interés del Consejo.
- d) Ser protegido contra cualquier acto de usurpación, abuso o injerencia que afecte al libre ejercicio de su función.

e) Obtener de los órganos colegiales competentes la información, asesoramiento y cooperación necesaria en las tareas de su cargo.

f) Disponer, en la medida aplicable en cada caso, de las facultades precisas para interrumpir su actividad profesional, cuando las exigencias de su representación colegial así lo impongan.

Artículo 39. Ausencia y desplazamientos de los cargos del Consejo General.

1. La asistencia de los cargos de representación a las reuniones reglamentarias convocadas por los órganos del Consejo tendrá los efectos señalados, en su caso, por las disposiciones vigentes.

2. El Consejo General, al cursar las convocatorias que correspondan en uso de sus facultades, procurará que originen las menores perturbaciones posibles a sus cargos representativos y a los usuarios de éstos.

3. El Consejo General instará de las entidades competentes que se facilite a los miembros de sus órganos unipersonales la asistencia a los actos y reuniones, en su condición de cargos públicos.

Artículo 40. Incompatibilidades para el desempeño de cargos en el Consejo General.

El desempeño de cargos en el Consejo General se halla sometido a las incompatibilidades establecidas en la Ley.

CAPÍTULO X

Del personal contratado

Artículo 41. Personal ejecutivo y laboral.

El Consejo podrá contratar, a propuesta de su Comité Ejecutivo y con la mayoría absoluta de votos de la Asamblea, un Director y el restante personal laboral que estime necesario para su correcto funcionamiento y cumplimiento de sus fines, de acuerdo con los presupuestos aprobados por la Asamblea.

A las órdenes directas del Secretario general, corresponde al Director la distribución del trabajo entre el personal laboral.

Artículo 42. Asesoría Jurídica.

1. El Consejo General contará con la correspondiente Asesoría Jurídica, integrada por el número de letrados que se determine por la Asamblea General en los presupuestos anuales.

2. La Asesoría Jurídica cuidará de la adecuación a Derecho de las resoluciones, expedientes y actuaciones en general de los respectivos órganos y con tal finalidad emitirá los informes o dictámenes que procedan.

3. Los miembros de la Asesoría Jurídica serán designados con la mayoría absoluta de votos de la Asamblea General, a propuesta del Comité Ejecutivo.

Artículo 43. Otros asesores.

La Asamblea General, a propuesta del Comité Ejecutivo, podrá aprobar, con el voto de la mayoría absoluta de sus miembros, la contratación, con carácter temporal y, a ser posible, en régimen de arrendamiento de servicios, personal asesor en diversas cuestiones, para lo que se requerirá la aprobación de las partidas presupuestarias correspondientes.

Artículo 44. Duración de las contrataciones.

Todos los contratos tendrán una duración limitada al mandato del Comité Ejecutivo, salvo en los casos del personal laboral o que la Asamblea General acordara otra cosa.

CAPÍTULO XI

Régimen económico

Artículo 45. Régimen general y competencias.

1. La economía del Consejo General es independiente de la de los Colegios Profesionales u Oficiales, y de los Consejos autonómicos, con autonomía de gestión y financiación.
2. El Consejo General podrá aprobar un Reglamento General regulador de sus presupuestos, donde se establecerán los criterios generales de desagregación en objetivos, capítulos y cuentas, y los de limitación, vinculación o autorización de transferencia de créditos. Su aprobación es competencia de la Asamblea General, a propuesta del Comité Ejecutivo.
3. Corresponde a la Asamblea General la aprobación, por mayoría simple de los votos afirmativos de los asistentes, de los presupuestos de cada ejercicio, así como la aceptación de herencias, donaciones o legados, que se entenderán realizados siempre a beneficio de inventario.
4. Corresponde a la Asamblea General la aprobación, por mayoría de dos tercios de los votos afirmativos de los asistentes, de suplementos de créditos que autoricen gastos no incluidos en el presupuesto o que comporten derramas colegiales, la adquisición de inmuebles, así como su venta, hipoteca o donación.

Artículo 46. Presupuestos y normativa presupuestaria.

1. El Comité Ejecutivo presentará a aprobación, ante la Asamblea General, el proyecto de presupuestos del Consejo General y su normativa específica, antes del inicio de cada ejercicio.
2. La normativa presupuestaria específica regulará la planificación de cuentas, su desagregación completa, las limitaciones y vinculaciones en las diversas partidas de gasto, y las competencias delegadas al Comité Ejecutivo en las transferencias de crédito, suplementos de crédito y créditos extraordinarios.
3. En caso de no aprobación, se considerarán automáticamente prorrogados los presupuestos del ejercicio anterior, en cuyo caso, la Asamblea General podrá establecer las restricciones de gasto que se hagan imprescindibles para mantener el equilibrio con la cuenta de ingresos.
4. Todo el ejercicio es período hábil para la aprobación de su presupuesto y para la aprobación de modificaciones.

Artículo 47. Financiación.

1. La financiación del Consejo General procede de los Colegios Profesionales, que contribuirán a su sostenimiento con una cuota proporcional al de su número de colegiados, así como de las cuotas extraordinarias, certificaciones, dictámenes, sellos autorizados, impresos de carácter profesional y tasas que pueda percibir por los servicios que establezca. Serán también ingresos del Consejo General los legados, donativos y subvenciones que puedan aceptarse y los derivados de participaciones en entidades, sociedades o empresas, así como cualquier otro proveniente de una concreta actividad económica decidida por la Asamblea General.

Esta cantidad a aportar por cada Colegio al Consejo se establecerá anualmente en los presupuestos generales y se calculará multiplicando el número de colegiados de cada Colegio por una cantidad, que será igual para todos los Colegios, y que no podrá ser superior al 5 por 100 de la cuota anual ordinaria más baja de las establecidas por los Colegios existentes.

2. En los casos en que se ejerza en localidades pertenecientes a diferentes Colegios Profesionales u Oficiales, las cuotas y cargas del Consejo General sólo serán abonadas por el Colegio correspondiente a su domicilio profesional único o principal.

3. La recaudación de las cuotas de los colegiados correrá a cargo de sus respectivos Colegios Profesionales u Oficiales, que deberán transferirla al Consejo General dentro del trimestre natural siguiente.

4. La falta de pago por los Colegios de las aportaciones relativas a dos o más períodos trimestrales, o de sus respectivos intereses o gastos ocasionados, dará lugar a la suspensión de la participación del respectivo Colegio en los órganos del Consejo General o en las actividades y servicios que dicho Consejo preste en ejercicio de sus funciones, hasta tanto no sean efectuados los pagos o sea firmado el correspondiente reconocimiento de deuda y compromiso de pago, en el que habrán de incluirse los intereses de demora y los gastos ocasionados al Consejo General. Esta medida deberá acordarse por la Asamblea General del Consejo, a propuesta del Comité Ejecutivo. De esta propuesta se dará traslado al Colegio o Consejo autonómico respectivo para que antes de la reunión de la Asamblea y por un término de quince días pueda efectuar su información al respecto. En cualquier caso, los órganos del Consejo General podrán decidir la prestación de los servicios o realización de actividades dirigidas a los colegiados pertenecientes a los Colegios deudores, previo pago por dichos colegiados al Consejo General de las cantidades que éste tenga establecidas para los servicios y actividades.

Artículo 48. Ejecución presupuestaria y control de cuentas.

1. La aprobación de las cuentas anuales corresponde a la Asamblea General. Será propuesta por el Comité Ejecutivo, con la correspondiente Memoria explicativa, a la que se acompañará el informe de la auditoría externa, en el primer trimestre del año siguiente al ejercicio correspondiente.

2. La Asamblea General podrá nombrar a tres de sus miembros para que actúen como censores, previo a la aprobación de las cuentas de cada ejercicio.

TÍTULO III

Régimen jurídico

Artículo 49. Recurso de alzada.

Los actos de los Colegios y de los Consejos Autonómicos sometidos al derecho administrativo podrán ser recurridos en alzada ante el Consejo General, cuando así se prevea en los Estatutos de los Colegios o Consejos y siempre que a ello no se opongan las Leyes de la correspondiente Comunidad Autónoma.

El citado recurso se regulará, en cuanto a forma, plazos y efectos, por las normas generales sobre procedimiento administrativo y su resolución corresponderá al Comité Ejecutivo del Consejo General.

Artículo 50. Actos emanados del Consejo General.

1. Los actos emanados del Consejo General relativos a la constitución de sus órganos de gobierno, así como los que supongan el ejercicio de funciones administrativas, estarán sujetas al derecho administrativo y se regirán por la legislación vigente en materia de Colegios Profesionales y por las normas generales sobre régimen jurídico de las Administraciones Públicas y procedimiento administrativo.

2. Los actos sujetos al derecho administrativo adoptados por los órganos del Consejo General ponen fin a la vía administrativa. Contra dichos actos podrá interponerse, con carácter potestativo, recurso de reposición o directamente recurso contencioso-administrativo, en la forma y plazos establecidos en la normativa que resulte de aplicación.

3. Las cuestiones de carácter civil o penal y aquellas que se refieran a las relaciones con el personal laboral del Consejo General se atribuirán, respectivamente, a las jurisdicciones civil, penal o laboral.

TÍTULO IV

Régimen disciplinario

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 51. Normativa aplicable.

1. El régimen disciplinario de los miembros integrantes de los órganos colegiados del Consejo General se regirá por lo dispuesto en la Leyes, en estos Estatutos, en el Código Deontológico y en las demás disposiciones que resulten aplicables.
2. El régimen disciplinario establecido en estos Estatutos se entiende sin perjuicio de las responsabilidades de cualquier orden en que incurran estos cargos en el desarrollo de la profesión.

CAPÍTULO II

Infracciones y sanciones

Artículo 52. Faltas leves.

Se considerarán faltas leves:

- a) La dejación de funciones o la falta de diligencia, sin intencionalidad, en el cumplimiento de sus obligaciones como miembro de los órganos colegiados del Consejo General.
- b) El incumplimiento de las normas estatutarias o de los acuerdos adoptados por el Consejo General o el Consejo autonómico, en su caso, salvo que constituyan falta de superior entidad.
- c) La infracción de cualesquiera otros deberes o prohibiciones contemplados en los artículos 19 a 25, ambos inclusive, de estos Estatutos o restante normativa aplicable, cuando no merezca la calificación de grave o muy grave.
- d) La falta de respeto a los miembros integrantes de los órganos colegiados del Consejo General en el ejercicio de sus funciones, cuando no constituya falta grave o muy grave.

Artículo 53. Faltas graves.

Se consideran faltas graves:

- a) La indisciplina deliberadamente rebelde respecto a los órganos del Consejo General en el ejercicio de sus funciones.
- b) La negligencia reiterada en el cumplimiento de las obligaciones asumidas en los órganos del Consejo.
- c) Los actos u omisiones que atenten a la moral, decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión, realizados durante el tiempo que ostente el cargo en el seno del Consejo General.
- d) Indicar una cualificación o título que no se posea, de los obligatorios para ser miembro del Consejo General.

- e) La infracción culposa o negligente del secreto de las deliberaciones habidas en los órganos del Consejo, cuando así se acuerde expresamente.
- f) La ocultación de datos o elementos de juicio de interés general para la profesión que obre o que por su naturaleza, deben obrar en poder de los responsables.
- g) Desatender el requerimiento efectuado por el Consejo General sobre información de colegiados en su ámbito territorial respectivo.
- h) Incumplimiento de los acuerdos adoptados válidamente por los órganos colegiados del Consejo.

Artículo 54. Faltas muy graves.

Se consideran faltas muy graves:

- a) Cualquier conducta constitutiva de delito en materia profesional, durante el desempeño de funciones dentro del Consejo General, siempre que haya sido condenado por sentencia firme.
- b) El atentado contra la dignidad de las personas con ocasión del ejercicio profesional, durante el desempeño de funciones dentro del Consejo General.
- c) La infracción dolosa del secreto de las deliberaciones habidas en los órganos del Consejo, cuando así se acuerde expresamente.
- d) El encubrimiento o cualquier tipo de amparo prestado al intrusismo profesional durante el desempeño de funciones dentro del Consejo General.
- e) La coacción, amenaza, represalia o cualquier otra forma de presión grave ejercida sobre los órganos y personas en el ejercicio de sus competencias dentro del Consejo General.
- f) Desatender el requerimiento efectuado por el Consejo General sobre el número de colegiados existentes en el ámbito del Colegio respectivo.

Artículo 55. Sanciones.

1. Por razón de las faltas previstas en el presente capítulo, pueden imponerse las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada, verbal o por escrito.
- b) Amonestación pública, mediante la publicación de la resolución sancionadora firme en los órganos de expresión del Consejo.
- c) Suspensión temporal para ocupar cargos dentro del Consejo General, por un plazo no inferior a un mes ni superior a dos años.
- d) Expulsión del Consejo.

2. Las faltas leves serán sancionadas con amonestación privada o pública.

3. Las faltas graves serán sancionadas con la suspensión del cargo asumido en el Consejo e inhabilitación para ocupar cualquier puesto de responsabilidad en el Consejo General por tiempo superior a un mes e inferior a seis meses.

4. Las faltas muy graves serán sancionadas con la suspensión del cargo asumido en el Consejo e inhabilitación para ocupar cualquier puesto de responsabilidad en el Consejo General por tiempo superior a seis meses e inferior a dos años.

5. La reiteración en la comisión de faltas muy graves será sancionada con la expulsión del Consejo General y la prohibición de ser miembro u ocupar cargos dentro del seno del mismo durante un plazo de hasta cinco años, para la que el acuerdo deberá adoptarse por las dos terceras partes de los miembros del órgano competente.

En el supuesto anterior, el miembro expulsado será sustituido, en el seno del Consejo, por la persona que establezca los Estatutos del Colegio al que pertenece o, en su defecto, por su Vicepresidente o Vicedecano.

6. Cada una de las sanciones disciplinarias previstas en los apartados anteriores llevará aparejada la obligación de subsanar o corregir los defectos e irregularidades observados; rectificar las situaciones o conductas improcedentes; ejecutar, en definitiva, el acuerdo que, simultáneamente, se adopte por el órgano competente a raíz de hechos deducidos y comprobados durante la tramitación del expediente.

7. De la comisión de las faltas previstas en el presente capítulo se dará traslado a la Junta de Gobierno del Colegio o Consejo autonómico al cual representase en el Consejo el infractor, que remitirá un informe en el plazo de diez días hábiles emitiendo el parecer de la corporación correspondiente.

La falta de emisión del informe en el plazo señalado no impedirá la continuación del procedimiento sancionador.

8. Para la imposición de sanciones se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) La gravedad de los daños y perjuicios causados.
- b) El grado de intencionalidad, imprudencia o negligencia.
- c) La contumacia demostrada o desacato al órgano competente durante la tramitación del expediente.
- d) La duración del hecho sancionable.
- e) Las reincidencias.

9. Las resoluciones que impongan sanciones por faltas graves o muy graves, una vez firmes en vía administrativa, podrán ser dadas a conocer a las autoridades

sanitarias, a terceros interesados y a la población en general, utilizando los medios de comunicación que se consideren oportunos.

10. Las sanciones de suspensión de ejercicio de cargos en el seno del Consejo serán comunicadas a las autoridades sanitarias y administrativas.

Artículo 56. Extinción de la responsabilidad disciplinaria.

La responsabilidad disciplinaria se extinguirá:

- a) Por muerte del inculcado.
- b) Por cumplimiento de la sanción.
- c) Por prescripción de las infracciones o de las sanciones.
- d) Por acuerdo del Consejo General.

Artículo 57. Prescripción de infracciones y sanciones.

Cancelación. Rehabilitación en caso de expulsión.

1. Las infracciones prescriben:

a) Las leves, a los seis meses.

b) Las graves, al año.

c) Las muy graves, a los dos años.

2. Las sanciones prescriben:

a) Las leves, a los seis meses.

b) Las graves, al año.

c) Las muy graves, a los dos años.

3. Los plazos de prescripción de las infracciones comenzarán a contar desde la comisión de la infracción. La prescripción se interrumpirá por cualquier actuación expresa y manifiesta dirigida a investigar la presunta infracción y con conocimiento del interesado.

Los plazos de prescripción de las sanciones comienzan a contarse desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción. La realización de cualquier acto del Consejo expreso y manifiesto de ejecución de la sanción interrumpirá el plazo de prescripción de la misma.

4. La cancelación supone la anulación del antecedente sancionador a todos los efectos. Las sanciones por la comisión de faltas leves, graves y muy graves se cancelarán, respectivamente, al año, a los dos años y a los cuatro años, a contar desde el cumplimiento de la sanción de que se trate.

5. En los casos de expulsión, el Consejo General podrá, transcurridos, al menos, tres años desde la firmeza de la sanción, acordar la rehabilitación del expulsado, para lo que habrá de incoar el oportuno expediente a petición del mismo. El Consejo General, oído, en su caso, el Consejo autonómico, decidirá acerca de la rehabilitación, en atención a las circunstancias de hecho concurrentes en el solicitante.

CAPÍTULO III

Procedimiento

Artículo 58. Procedimiento.

1. No podrá imponerse sanción disciplinaria alguna sin previo expediente instruido al efecto, con arreglo al procedimiento establecido en el presente capítulo.

En lo no previsto en este capítulo será aplicable el Reglamento del Procedimiento para el Ejercicio de la Potestad Sancionadora, aprobado por el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, o la norma que lo sustituya o modifique.

2. El expediente disciplinario se iniciará por acuerdo del Comité Ejecutivo, que nombrará un Instructor entre los miembros del Consejo General que cuenten con más de diez años de ejercicio profesional y que podrá

adoptar las medidas de carácter provisional que resulten necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera recaer, el buen fin del procedimiento, evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción y proteger las exigencias de los intereses generales.

3. El procedimiento se impulsará de oficio en todos sus trámites. El Instructor practicará cuantas pruebas y actuaciones resulten necesarias para la determinación y comprobación de los hechos y responsabilidades susceptibles de sanción.

Artículo 59. Competencia.

1. Corresponde al Consejo General la potestad para enjuiciar y sancionar infracciones cometidas por los miembros integrantes de sus órganos colegiados o del Consejo autonómico, salvo que, en este caso, la legislación autonómica disponga otra cosa.

2. Antes de imponerse cualquier sanción, será oída, si existe, la Comisión Deontológica, cuyo informe no será vinculante.

3. La resolución de los procedimientos disciplinarios corresponde al Comité Ejecutivo.

4. El Consejo General llevará un registro de sanciones y estará obligado a conservar el expediente hasta la extinción de la responsabilidad disciplinaria. Las sanciones disciplinarias firmes se harán constar en el expediente personal del infractor.

Tales anotaciones se cancelarán, de oficio o a petición de parte, una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde el día de cumplimiento o prescripción de la sanción.

Disposición adicional única. Modificación de los presentes Estatutos.

Los presentes Estatutos podrán ser modificados por la Asamblea General convocada al efecto con carácter extraordinario.

Para la reforma de los Estatutos se exigirá la emisión favorable de las dos terceras partes de los votos válidamente emitidos.

Una vez aprobado el proyecto de modificación por la Asamblea General, éste se remitirá al Ministerio correspondiente para su aprobación por Real Decreto.

Disposición transitoria primera. Elección de los miembros de la Asamblea General.

Los Consejeros electivos en la Asamblea General de una Comunidad Autónoma donde no exista un Colegio Profesional u Oficial de ámbito autonómico, ni Consejo Autonómico de Colegios, existiendo únicamente Colegios de ámbito provincial, serán designados por las juntas de gobierno de estos Colegios Profesionales u Oficiales provinciales, en la forma que se establezca en sus respectivos Estatutos o que acuerden entre ellos.

Disposición transitoria segunda. Constitución de la Asamblea General y efectos en el Comité Ejecutivo.

En el término de dos meses desde la entrada en vigor de los presentes Estatutos se deberá constituir la Asamblea General y proceder a convocar elecciones del Comité Ejecutivo.

ESTATUTOS

TÍTULO I. NORMAS GENERALES.

ARTÍCULO 1.- Los presentes Estatutos tienen por objeto regular la organización y actuación del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, a tenor de lo establecido en las disposiciones legales sobre su creación y de conformidad con la legislación vigente sobre Colegios Profesionales.

ARTÍCULO 2.- Son principios esenciales de su estructura, la igualdad de sus miembros, la democracia en su organización y funcionamiento, que incluye la elección democrática de sus órganos de gobierno y la adopción de los acuerdos por mayoría.

La voluntad del colegio es dotar a los fisioterapeutas de una institución que represente y defienda sus intereses y que contribuya en la sociedad a la promoción del derecho a la salud y a una asistencia sanitaria y, en otros ámbitos, de calidad.

ARTÍCULO 3.-

1. El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia es una corporación de Derecho Público, con personalidad jurídica propia y con plena capacidad para el cumplimiento de sus fines y el ejercicio de sus funciones. Podrá adquirir a título oneroso o lucrativo, enajenar, vender, gravar, poseer y reivindicar toda clase de bienes, contraer obligaciones y, en general, ser titular de toda clase de derechos, ejecutar o soportar cualquier acción judicial, reclamación o recursos en todas las vías y jurisdicciones.
2. Previo acuerdo de la Junta de Gobierno corresponde al Presidente del Colegio el ejercicio de las facultades establecidas en el punto anterior, excepto los actos de disposición, para los que se exigirá además ratificación de la Asamblea General.
3. La representación legal del Colegio, tanto en juicio como fuera de él, recaerá en su Presidente, quien se hallará legitimado para otorgar poderes generales o especiales a procuradores y abogados o cualquier clase de mandatario, previo acuerdo de la Junta.

ARTÍCULO 4.- El ámbito territorial del Colegio de Fisioterapeutas de Galicia será la Comunidad Autónoma de Galicia.

El Colegio tendrá sede en la ciudad de La Coruña y su domicilio oficial será en calle San Roque 10, 1º - 15002 La Coruña.

Los cambios de domicilios pueden ser acordados, a propuesta de la Junta de Gobierno, por la Asamblea Ordinaria por mayoría.

ARTÍCULO 5.- El Colegio se rige por los presentes Estatutos, por su Ley de Creación, por la Ley de Colegios Profesionales de Galicia y por cualquier otra legislación autonómica, estatal o comunitaria que le afecte.

ARTÍCULO 6.- En sus aspectos institucionales y corporativos, el Colegio se relacionará con la Consellería de Xustiza, Interior e Relacións Laborais que tiene atribuidas las competencias en materia de Colegios. En sus aspectos de carácter sectorial y relativos a la profesión deberá relacionarse con la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales que es la que tiene atribuidas las competencias en materia Sanitaria, y con aquellas Consellerías que tengan relación con el ámbito profesional.

ARTÍCULO 7.- El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia se relacionará con el Consejo General de Colegios Profesionales de Fisioterapeutas de España, de acuerdo con la legislación general del Estado. Sin perjuicio de lo que dispone el apartado anterior, el Colegio podrá establecer acuerdos de reciprocidad y cooperación con otros Colegios y Asociaciones, cualquiera que sea su ámbito territorial. El Colegio podrá establecer con los organismos profesionales extranjeros e internacionales las relaciones que, dentro del marco de la ley, tenga por conveniente.

ARTÍCULO 8.- El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia asume las funciones que la Ley 11/2001, de 18 de septiembre, de colegios profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia, determina para los consejos gallegos de colegios profesionales.

ARTÍCULO 9.- Con el fin de asegurar el funcionamiento colegial y hacerlo de la manera más práctica posible. La Junta de Gobierno puede proponer a la Asamblea que se apruebe un Reglamento de Régimen Interno.

TÍTULO II. FINALIDADES Y FUNCIONES.

ARTÍCULO 10.- El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia asume en su ámbito territorial todas las

competencias y funciones que la legislación vigente le otorga, así como, las que de una manera expresa le puede delegar la Administración a fin de cumplir sus objetivos de cooperación en la salud pública, ordenación del ejercicio profesional de la fisioterapia y la garantía del ejercicio ético y de la calidad de la misma. En tal sentido se señalan como finalidades esenciales del Colegio:

- a. ordenar dentro del marco que establecen las leyes y orientar y vigilar el ejercicio de la profesión
- b. colaborar con los poderes públicos en la reglamentación de las condiciones generales del ejercicio de la profesión
- c. la representación y defensa de los intereses generales de los fisioterapeutas y de la fisioterapia, en especial en sus relaciones con las Administraciones y las instituciones sanitarias
- d. promover y vigilar que la fisioterapia desde la perspectiva científica, cultural, laboral y social y potenciar su integración y relevancia en la estructura sanitaria.

ARTÍCULO 11.- En especial corresponde al Colegio desarrollar dentro de su ámbito de actuación las siguientes funciones:

- A. En relación con la finalidad de representación y defensa de los intereses generales de los fisioterapeutas y de la fisioterapia:
 - a. ostentar la representación y defensa de la profesión ante las administraciones públicas e instituciones de todo tipo, tribunales, y demás personas públicas y privadas con legitimación para ser parte en los litigios que afecten a los intereses profesionales.
 - b. intervenir en todos los ámbitos de regulación de la actividad sanitaria que afecte a la fisioterapia y participar en los Consejos y Organos Consultivos de la Administración en materia de salud y asistencia sanitaria y, en general, en aquellos que aborden materias competencia de la profesión.
 - c. amparar y defender los derechos y el prestigio profesional de los colegiados en general o de cualquiera de sus grupos o individuos en particular, si fueran objeto de vejación o menoscabo, por motivo de su actividad profesional.
 - d. informar todas las normas que elabore la Xunta de Galicia sobre las condiciones del ejercicio de la fisioterapia en Galicia.
 - e. auxiliar y asesorar a las autoridades y tribunales emitiendo los informes técnicos y profesionales que se le pidan.
 - f. vigilar que la utilización del nombre y el ejercicio de las técnicas propias de la fisioterapia se atengan a las normas reguladoras de la profesión y su ejercicio, impidiendo y persiguiendo todos los casos de intrusismo profesional. A tal efecto se podrá requerir el apoyo de las autoridades gubernativas y sanitarias y plantear los casos ante los Tribunales de Justicia.
 - g. establecer las normas orientadoras de honorarios profesionales y contribuir por los procedimientos que se establezcan en su percepción.
- B. En relación con la finalidad de ordenación, orientación y vigilancia del ejercicio profesional:
 - a. la ordenación del ejercicio profesional de la fisioterapia en el ámbito de sus competencias y de acuerdo con el marco que establecen las leyes.
 - b. llevar el censo de profesionales y el registro de títulos.
 - c. vigilar para que el ejercicio profesional responda, tanto en número de profesionales como en calidad, a las necesidades de la sociedad.
 - d. velar por la salvaguarda y observancia de los principios éticos y legales de la profesión, elaborando y aprobando un código deontológico de la misma y cuidando su respeto y efectividad.
 - e. ejercer las funciones disciplinarias sancionando los actos de los colegiados que supongan una infracción de la deontología y de las normas colegiales y ejecutar las sanciones impuestas.
 - f. velar porque los medios de comunicación social divulguen la fisioterapia con base científica contrastada y combatir toda propaganda o publicidad incierta o engañosa, o la que con carácter general atente a los derechos de los consumidores o usuarios o contravenga los principios de la ley especial.
 - g. intervenir como mediador y con procedimientos de arbitraje en los conflictos que por motivos profesionales se susciten entre colegiados.
 - h. estudiar los problemas creados por el intrusismo profesional.
 - i. informar a las industrias relacionadas con la fisioterapia de las condiciones deseables para el desarrollo de nuevos productos y establecer, si las condiciones técnicas lo permiten, un control de calidad sobre los materiales ofrecidos.
- C. En relación con la finalidad de promoción científica, cultural, laboral y social de la profesión:
 - a. organizar actividades, y servicios comunes de carácter profesional, cultural, asistencial de previsión y análogos, que sean de interés para los colegiados.
 - b. organizar conferencias, congresos, jornadas, publicar revistas, folletos, circulares y en general poner en práctica los medios que se estimen necesarios para estimular el perfeccionamiento técnico, científico y humanitario de la profesión.
 - c. prestar los servicios de asesoramiento jurídico, laboral, administrativo y fiscal que se crean convenientes.
 - d. participar en el asesoramiento para la elaboración de planes de estudios.
 - e. informar las normas de organización de los centros docentes correspondientes a los

- profesionales de la fisioterapia y mantener permanente contacto con los mismos y preparar la información necesaria para facilitar el acceso a la vida profesional de los colegiados.
- D. En relación con la finalidad de promocionar el derecho a la salud:
- colaborar con las instituciones y administraciones públicas de la Comunidad Autónoma en la conservación y promoción del derecho a la salud y de una asistencia sanitaria de calidad, participando en la defensa y tutela de los intereses generales de la colectividad como destinataria de la actuación profesional de los fisioterapeutas.
 - contribuir de forma continuada al asesoramiento ciudadano en temas relacionados con la promoción y defensa de la salud.
- E. Todas las demás funciones que sean beneficiosas para los intereses profesionales y que estén encaminadas al cumplimiento de los objetivos colegiales, de acuerdo con los intereses de la sociedad.

ARTÍCULO 12.- El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia asume como tarea específica la definición del perfil profesional del fisioterapeuta. En tal sentido y a título orientativo, al término de su formación de pre-grado básica, el Diplomado en Fisioterapia:

- deberá poseer las aptitudes, habilidades y conocimientos necesarios para aplicar técnicas, métodos y procedimientos así como actuar mediante el empleo de medios físicos, que curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud, y en este sentido, será el responsable de establecer y aplicar técnicas y métodos fisioterapéuticos, considerando al individuo en su triple dimensión biológica, psicológica y social. Asumirá la responsabilidad del propio aprendizaje de forma continuada, de manera que pueda acceder a la especialización, investigación científica, docencia universitaria y responsabilidad organizativa, así como el desempeño de un ejercicio profesional perfectamente actualizado.
- será capaz de:
 - prestar atención fisioterapéutica preventiva, curativa y de reinserción, al individuo y a la comunidad tanto en salud como en enfermedad, aplicando todos los medios físicos y técnicas manuales que estén a su alcance.
 - proporcionar educación sanitaria a la población en los distintos ámbitos, familiar, escolar, deportivo, laboral y de ocio.
 - elaborar planes de atención fisioterapéutica individualizados e integrales dirigidos a la cobertura de las necesidades de actividad de la vida diaria.
 - colaborar con los servicios comprometidos en el desarrollo de la salud y ser un agente del mismo, incorporando todas aquellas nuevas técnicas de educación maternal, geriátrica, escolar y laboral.
 - participar en los diferentes niveles educativos a través de: la formación en pregrado, postgrado y continuada del Diplomado en Fisioterapia;
 - desarrollar sistemas de control que contribuyan a la eficacia y eficiencia del sistema sanitario y de la atención fisioterapéutica en general, así como elaborar informes que se soliciten de acuerdo con su función.
 - mantener su nivel de competencia a través de una formación permanente actualizada.
 - participar dentro del campo profesional en el ámbito deportivo en aspectos de asesoramiento proyectos y tecnología a la sociedad.
 - ofertar técnicas de asesoramiento proyectos y tecnología a la sociedad.
 - participar en proyectos de investigación en las áreas relacionadas con la fisioterapia o formando parte de equipos multidisciplinares y transmitir los resultados a la comunidad científica.
 - gestionar y participar en la gestión de todos los servicios de fisioterapia en todos los niveles.
 - realizar su actividad siguiendo en todo momento los principios de la ética profesional.
 - respetar, atender y cuidar a sus pacientes, dedicándole toda su capacidad y esfuerzo por encima de cualquier otro interés.

TÍTULO III. DE LA COLEGIACIÓN Y DE LOS COLEGIADOS.

CAPÍTULO I. DE LA COLEGIACIÓN.

ARTÍCULO 13. Será requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de fisioterapeuta en el ámbito territorial de Galicia, en cualquiera de sus modalidades, la previa incorporación al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. Los profesionales titulados vinculados con la administración pública mediante relación de servicios de carácter administrativo o laboral no precisarán estar colegiados cuando el beneficiario sea la Administración.

Los profesionales colegiados en otros colegios profesionales de fisioterapeutas habrán de cumplir los requisitos que se establecen en el artículo 21 de estos estatutos. Los fisioterapeutas que no ejerzan la profesión podrán incorporarse al colegio con carácter voluntario siempre que cumplan el resto de los requisitos para la colegiación.

ARTÍCULO 14. Podrán integrarse en el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia:

- quienes ostenten la titulación de Diplomado Universitario de Fisioterapia de acuerdo con la legislación vigente sobre la materia.

- b. los profesionales que tengan reconocida la especialidad en fisioterapia en virtud del Decreto de 26 de Julio de 1.957 de creación de la especialización en Fisioterapia.
- c. los profesionales habilitados antes de la promulgación del Decreto citado en el apartado b) para ejercer la fisioterapia.
- d. los extranjeros podrán incorporarse al Colegio cuando cumplan los requisitos para ejercer la profesión en España.

ARTÍCULO 15. La pertenencia al Colegio se entiende sin perjuicio de los derechos de sindicación y asociación.

ARTÍCULO 16.

1. Son condiciones necesarias para obtener el alta como colegiado:
 - a. ostentar la titulación legalmente requerida para el ejercicio en España de la profesión de fisioterapeuta.
 - b. no hallarse incapacitado o inhabilitado legalmente para el ejercicio de la profesión.
 - c. no encontrarse suspendido en el ejercicio profesional por sanción disciplinaria colegial.
 - d. abonar los correspondientes derechos o cuotas de incorporación.
 - e. acreditación fehaciente de su identidad.
 - f. condición a) se acreditará mediante la aportación del correspondiente título profesional original o de testimonio auténtico del mismo. En caso de tratarse de título extranjero se aportará, además, la documentación acreditativa de su validez en España a efectos profesionales y si se tratase de súbditos de otros países, cumplirán los demás requisitos legalmente exigidos para el establecimiento y trabajo de los extranjeros en España.

La condición b) se acreditará por la declaración del interesado. La condición c) se hará constar, salvo que se trate de primera colegiación, por certificación del colegio de procedencia. La condición d) mediante el original o copia auténtica del documento de ingreso en la cuenta del colegio. La condición e) mediante copia auténtica del D.N.I. o pasaporte. Se declararán o acreditarán los restantes datos que deban constar en el Registro del Colegio. El solicitante hará constar, si se propone ejercer la profesión, el lugar en el que va a hacerlo y modalidad de ejercicio

2. La Junta de Gobierno resolverá las solicitudes de colegiación, que se presentarán por escrito con arreglo al modelo aprobado, en el plazo de un mes, pudiendo denegarlas únicamente cuando no se cumplan las condiciones fijadas en el apartado anterior. La resolución podrá dejarse en suspenso para subsanar las comprobaciones que sean procedentes a fin de verificar su legitimidad y suficiencia.

ARTÍCULO 17.

1. La solicitud de colegiación será denegada en los siguientes casos:
 - a. cuando los documentos presentados con la solicitud de ingreso sean insuficientes u ofrezcan dudas sobre su legitimidad y no se hayan completado o subsanado en el plazo señalado al efecto, o cuando el solicitante haya falseado los datos o documentos necesarios para su colegiación.
 - b. cuando el peticionario no acredite haber satisfecho las cuotas de colegiación en su colegio de origen.
 - c. cuando hubiese sufrido alguna condena por sentencia firme que le inhabilite para el ejercicio de su profesión.
 - d. por expulsión decretada en resolución de la jurisdicción disciplinaria colegial devenida firme.
2. Si en el plazo previsto la Junta Directiva acordase denegar la colegiación pretendida lo comunicará al interesado señalando la fecha del acuerdo denegatorio, fundamentos del mismo y los recursos de los que es susceptible.
3. En el término de un mes siguiente a la recepción de la notificación del acuerdo denegatorio podrá el interesado formular recurso de reposición ante la Junta de Gobierno del Colegio. Contra el acuerdo denegatorio definitivo de ésta, el interesado podrá acudir a la vía contencioso-administrativa.

ARTÍCULO 18.

1. La condición de colegiado se perderá por las causas siguientes:
 - a. defunción.
 - b. incapacidad legal.
 - c. por separación o expulsión del colegio acordada en expediente disciplinario.
 - d. la admisión de la baja voluntaria justificada por cese de la actividad profesional.
 - e. no haber abonado el importe de los derechos correspondientes a un año de colegiación.
2. Para que la baja forzosa por incumplimiento de las obligaciones económicas sea efectiva, será necesaria la instrucción de un expediente sumario que comportará un requerimiento escrito al afectado para que dentro del plazo de un mes se ponga al corriente de los descubiertos. Pasado este plazo sin cumplimiento se tomará el acuerdo de baja, que deberá notificarse de forma expresa al interesado.

3. La pérdida de la condición de colegiado no liberará del cumplimiento de las obligaciones vencidas.

ARTÍCULO 19. Los colegiados podrán figurar inscritos como:

- a. **ejercientes.** Son aquellas personas naturales que reuniendo todas las condiciones exigidas hayan obtenido la incorporación al colegio y ejerzan la profesión de fisioterapeuta.
- b. **no ejercientes.** Las personas naturales que hayan obtenido la incorporación al colegio y no ejerzan la profesión.
- c. **colegiados honorarios.** Los fisioterapeutas jubilados voluntaria o forzosamente y que acrediten no estar de alta en el Impuesto de Actividades Económicas, los declarados en incapacidad total para el ejercicio de la profesión, invalidez permanente para todo tipo de trabajo o gran invalidez. Estos colegiados estarán exentos del pago de las cuotas colegiales.
- d. **colegiados de honor.** Aquellas personas naturales o jurídicas que hayan realizado una labor relevante y meritoria a favor de la profesión. Esta categoría será puramente honorífica y acordada por la Asamblea General.

ARTÍCULO 20.

1. Los fisioterapeutas incorporados al colegio podrán actuar profesionalmente:
 - a. como profesional libre de forma independiente o asociado con otro u otros fisioterapeutas o profesionales.
 - b. como profesional asalariado de empresas o de otro u otros profesionales.
 - c. como funcionario contratado de cualquier administración pública y de sus organismos dependientes.
 - d. en cualquier otra forma en que se pueda ejercer la fisioterapia.
2. El fisioterapeuta deberá comunicar al colegio cuando solicite la incorporación y siempre que se produzcan variaciones la forma o formas de actuación profesional que desarrolle.

CAPITULO II. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PROFESIONALES. ARTÍCULO 21.

1. Para los fisioterapeutas colegiados en otro colegio profesional de fisioterapeutas del territorio nacional, será suficiente con su incorporación a uno solo de los colegios profesionales, que será el de su domicilio profesional único o principal, sin que pueda exigirse por los colegios profesionales en cuyo ámbito territorial no radique dicho domicilio, habilitación alguna ni pago de prestaciones económicas distintas de aquellas que se exijan a sus colegiados por la prestación de los servicios de los que sean beneficiarios y que no se hallen cubiertos por las cuotas colegiales.
2. Los fisioterapeutas colegiados en otro colegio profesional que pretendan ejercer su actividad en Galicia se lo comunicarán al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia a través de su colegio profesional de procedencia.

ARTÍCULO 22. Son derechos de los fisioterapeutas colegiados:

- a. ejercer la fisioterapia según los criterios deontológicos y profesionales reconocidos.
- b. participar en el gobierno del colegio formando parte de las asambleas y ejerciendo el derecho a instar su convocatoria, a formular a la misma proposiciones, enmiendas, mociones de censura y ruegos y preguntas, y a elegir y ser elegido para los cargos directivos, todo ello en las formas y condiciones previstas en este estatuto.
- c. utilizar las dependencias colegiales tal y como se regule y beneficiarse del asesoramiento de los servicios, programas y otras ventajas que el colegio ponga a su disposición.
- d. ser asesorado o defendido por el colegio en cuantas cuestiones se susciten relativas a sus derechos e intereses legítimos consecuencia de un recto ejercicio profesional. La Junta de Gobierno decidirá los asuntos en los que las costas y gastos que el procedimiento ocasione sean asumidos por el colegio.
- e. dirigirse a los órganos del colegio formulando sugerencias, propuestas, peticiones y quejas.
- f. acceder a la documentación y a los asientos oficiales del colegio, obtener certificaciones de los documentos y actos colegiales que les afecten personalmente y recibir información sobre cuestiones de interés relacionadas con la fisioterapia.
- g. pertenecer a los programas de previsión y protección social que puedan establecerse
- h. ejercer el derecho de recurso contra acuerdos y resoluciones de los órganos colegiales
- i. afirmar su condición de colegiado y disponer de carnet
- j. el colegio velará por la protección de los datos que posee de los colegiados según lo establecido y determinado en las leyes, y, en concreto la Ley de Protección de los Derechos Fundamentales de la Persona y su intimidad
- k. cualquier otro derecho que esté reconocido por la ley o sea establecido por los órganos colegiales.

ARTÍCULO 23. Son deberes de los fisioterapeutas colegiados:

- a. cumplir las prescripciones contenidas en los presentes estatutos, en los reglamentos que los

- b. pagar en los plazos establecidos las cuotas y derechos tanto ordinarios como extraordinarios que hayan sido aprobados por el colegio para su sostenimiento
- c. observar la deontología de la profesión
- d. informar al colegio d los cambios en sus datos personales y profesionales
- e. comunicar al colegio cualquier acto de intrusismo o actuación profesional irregular
- f. observar con el colegio la disciplina adecuada y entre los colegiados los deberes de armonía profesional evitando la competencia ilícita
- g. poner en conocimiento del colegio los hechos y las circunstancias que puedan incidir en la vida colegial o en el ejercicio de la fisioterapia
- h. ejercer fielmente los cargos colegiales para los que sean elegidos
- i. participar en las asambleas generales del colegio salvo causa inevitable
- j. la publicidad está permitida pero atendiendo a las siguientes restricciones: habrá de atenerse a lo dispuesto en la normativa reguladora de la misma, atenerse a la dignidad de la profesión, ser veraz y responder a unos conocimientos, experiencia y reputación demostrados, estar visada por el colegio y se prohíbe la comparación directa o indirecta con otros profesionales.

ARTÍCULO 24. Además de las prohibiciones que puedan recogerse en las normas deontológicas de rigurosa observancia, y de lo establecido en estos estatutos, todo colegiado se abstendrá de:

- a. tolerar o encubrir, en cualquier forma, a quién sin título suficiente ejerza la fisioterapia
- b. prestarse a impartir, figurar, promocionar o participar en cursos de formación u otros métodos cualesquiera que induzcan al intrusismo profesional
- c. prestarse a que su nombre figure como director, asesor o trabajador de centros de curación o empresas relacionadas con la fisioterapia, que no dirijan, asesoren o presten trabajo personalmente o que no se ajusten a las leyes vigentes y los presentes estatutos o se violen en ellos las normas deontológicas
- d. desviar a los pacientes de las consultas públicas de cualquier índole hacia la consulta particular con fines interesados

TÍTULO IV. DE LOS ORGANOS DE GOBIERNO.

CAPITULO I. LA ASAMBLEA GENERAL. ARTÍCULO 25. La Asamblea General es el órgano soberano del colegio y como tal máximo órgano de expresión de la voluntad colegial. Se regirá por los principios de participación directa, igual y democrática de todos los colegiados asistentes. En las asambleas generales pueden participar todos los colegiados que estén en plenitud de sus derechos.

ARTÍCULO 26. Las asambleas podrán ser ordinarias o extraordinarias. La asamblea general se reunirá con carácter ordinario una vez al año, en el mes de diciembre. Incluirá en el orden del día la lectura, debate y aprobación del plan de actividades, liquidación del presupuesto vencido, presupuesto para el año siguiente y presentación de la memoria. La asamblea anual ordinaria se celebrará en la sede del colegio u otro lugar siendo facultad de la Junta de Gobierno el señalamiento del lugar, día y hora de celebración.

La asamblea general extraordinaria se celebrará a iniciativa de la Junta de Gobierno o de un veinte por ciento de los colegiados con un orden del día concreto. Su convocatoria no tendrá lugar más allá del plazo de un mes ni menos de cinco días, a contar desde la fecha de su solicitud, siendo facultad de la Junta de Gobierno el señalamiento de día, hora y lugar de celebración.

ARTÍCULO 27.

1. Las convocatorias de las asambleas generales ordinarias serán comunicadas por escrito, con notificación individual a cada colegiado, con treinta días naturales de antelación como mínimo a su celebración, especificando el día, hora, lugar y orden del día. Los colegiados podrán consultar en la Secretaría del colegio los antecedentes de los asuntos a tratar. Deberá acompañarse copia de las propuestas que tengan por objeto la modificación de este estatuto para que las mismas puedan ser sometidas a la votación en la asamblea a que se refiera la convocatoria.
2. Hasta quince días antes de la celebración de las asambleas, los colegiados podrán presentar las propuestas que deseen someter a deliberación y acuerdo, si bien solo será obligatorio para la Junta de Gobierno incluir en el orden del día las que vengan avaladas por un cinco por ciento del censo de colegiados.

ARTÍCULO 28.

1. Las asambleas generales serán dirigidas por el Presidente del colegio acompañado por el resto de los miembros de la Junta de Gobierno. Actuará de Secretario el que lo sea del colegio, encargado de levantar el acta de la sesión.
2. Las asambleas generales quedarán válidamente constituidas en primera convocatoria cuando participen la mayoría de los colegiados. Quedará válidamente constituida en segunda convocatoria cualquiera que sea el número de asistentes.

3. En las asambleas solo se podrán tomar acuerdos sobre aquellos asuntos que hayan sido fijados en el orden del día, el cual no puede ser modificado. Tendrán derecho a voz y voto los colegiados que se encuentran presentes en la asamblea, excepto que estén suspendidos de sus derechos.

ARTÍCULO 29.

1. La asamblea procederá a debatir los asuntos que figuren en el orden del día. La Mesa podrá proponer a la asamblea general la modificación del orden de discusión de los asuntos incluidos en el orden del día, la cual decidirá si procede tras la oportuna votación.
2. En la discusión de los asuntos se establecerán turnos a favor y en contra que se consumirán alternativamente, sin que puedan invertirse más de cinco minutos en cada intervención. Los colegiados que deseen consumir turno lo comunicarán a la presidencia antes del debate de cada asunto. Finalizadas las intervenciones se procederá a la votación.
3. Podrá concederse el uso de la palabra, por una sola vez, por alusiones y aclaraciones luego de consumidos los turnos y antes de la votación.
4. Las enmiendas, adiciones y propuestas incidentales, tienen que discutirse con preferencia a la proposición objeto de debate, comenzando por las enmiendas a la totalidad. Si la mesa no las asume se votará en primer término su toma de consideración con un turno previo a favor y otro en contra.
5. Los miembros de la Junta de Gobierno y los componentes de las comisiones nombradas para alguna finalidad especial, a los cuales se les discuta su gestión, y los colegiados cuya conducta afecten las proposiciones sometidas a deliberación de la asamblea, podrán hacer uso de la palabra con carácter preferente y no consumirá turno. Tampoco se consumirá turno los autores de la proposición mientras esta se discuta.

ARTÍCULO 30. Las votaciones pueden ser:

- a. ordinarias como norma general
- b. secretas en caso de solicitud de la cuarta parte de los colegiados presentes, y siempre que algún miembro lo solicite en los casos de asuntos que afecten a la imagen del colegio, a la dignidad profesional de algún colegiado, en los de moción de censura o confianza y, en general, en aquellos asuntos en los que pudiera verse condicionada la libertad en la emisión de voto
- c. nominales, si así lo solicitan la tercera parte de los colegiados presentes

ARTÍCULO 31.

1. Los acuerdos serán adoptados como norma general por mayoría de votos a favor respecto de los votos en contra.
2. No obstante se precisará los quorumes cualificados que a continuación se expresan en las materias que se señalan:
 - a. mayoría absoluta de los colegiados inscritos para aprobar las propuestas de fusión, absorción, segregación y disolución del colegio.
 - b. mayoría de votos a favor que representen más del 50% de los votos emitidos para la modificación de este estatuto y para la aprobación de moción de censura revocatoria o la retirada de la confianza
 - c. los demás que se prevean para asuntos específicos en los reglamentos que desarrollen estos estatutos
3. Los acuerdos tomados en asamblea general serán obligatorios para todos los miembros del colegio incluso los ausentes, los disidentes y los que se hayan abstenido sin perjuicio de los recursos procedentes.

ARTÍCULO 32. Son competencia de la asamblea general:

- a. aprobar el estatuto del colegio, los reglamentos y la normativa general de obligado cumplimiento
- b. conocer y aprobar si procede, la memoria anual de resumen de su actuación presentada por la Junta de Gobierno
- c. aprobar la liquidación del presupuesto vencido y el balance y cuenta de resultados de la corporación
- d. aprobar los presupuestos y programa de actuación
- e. autorizar los actos de adquisición y disposición y gravamen de los bienes inmuebles y de derechos reales constituidos sobre los mismos
- f. conocer y controlar la gestión de la Junta de Gobierno recabando informes y adoptando, en su caso, las oportunas mociones, incluso la de censura con carácter revocatorio conforme a lo previsto en el artículo siguiente así como resolver sobre mociones de confianza
- g. el establecimiento de acuerdos o convenios que vinculen al colegio más allá del tiempo de ejercicio de la Junta que los proponga
- h. la fijación de las aportaciones económicas extraordinarias
- i. discutir y votar cualesquiera asuntos incluidos en el orden del día correspondiente
- j. aprobar las propuestas de fusión, absorción, segregación y disolución del colegio
- k. nombrar colegiados de honor

- l. conocer de los ruegos, preguntas y proposiciones sometidos a su consideración
- m. la elección de los cargos directivos que hayan de ser sustituidos por haberse producido una vacante
- n. la modificación de los estatutos y código deontológico

ARTÍCULO 33.

- 1. La moción de censura contra la junta de Gobierno solo podrá plantearse en Asamblea General convocada al efecto. Tienen legitimación para plantear moción de censura el 20% de los colegiados.
- 2. Los que hubieren presentado una moción de censura no podrán formular ninguna otra contra la misma junta de gobierno en el plazo de un año.
- 3. La aprobación de moción de censura contra la Junta de Gobierno comportará la convocatoria de elecciones en el plazo de diez días.
- 4. La Junta de Gobierno podrá someter a la asamblea general moción de confianza para la ratificación de su gestión y/o programa de gobierno, cuya formulación tramitación y efectos se ajustarán a lo previsto para la moción de censura.

ARTÍCULO 34. De las reuniones de la Asamblea General se levantará acta que quedará registrada en un libro para este efecto, firmada por el Presidente y el Secretario. El acta de la asamblea será aprobada por la misma asamblea y tendrá fuerza ejecutiva o bien se elegirán tres compromisarios por la asamblea que aprobarán dicha acta.

CAPITULO II. LA JUNTA DE GOBIERNO. ARTÍCULO 35. La Junta de Gobierno tiene encomendada la dirección y administración del colegio y constituye el órgano ejecutivo del mismo respecto a los acuerdos de la asamblea general a los preceptos contenidos en estos estatutos y reglamento que se dicte y respecto del resto de normas y acuerdos que regulen el régimen colegial.

ARTÍCULO 36. La junta de Gobierno tiene carácter colegiado y estará integrada por el Presidente, Vicepresidente. (el Presidente y el Vicepresidente serán de distintas provincias gallegas), Secretario, Tesorero y vocales en un mínimo de cuatro y un máximo de ocho, habiendo como mínimo un vocal de cada provincia de Galicia. Cuando resulte necesario para agilizar la labor del colegio la Junta de Gobierno podrá acordar la constitución de una Junta permanente formada por el presidente, vicepresidente, secretario y tesorero. La Junta de gobierno podrá nombrar asesores coordinadores para el ejercicio de las funciones de información, asesoramiento enlace y coordinación de las distintas comisiones y grupos de trabajo.

ARTÍCULO 37. Las funciones de la Junta de Gobierno son las siguientes:

- a. cumplir y hacer cumplir los acuerdos de la asamblea general, los estatutos, reglamentos y legislación vigente que afecte al colegio
- b. gestión y administración del colegio y sus intereses
- c. decidir sobre las solicitudes de colegiación y bajas de colegiados
- d. fijación del importe de los derechos de incorporación y de las cuotas ordinarias de percepción periódica
- e. la representación del colegio en los ámbitos de su actividad
- f. la elaboración del presupuesto y del programa de actuación
- g. la tramitación y resolución de los expedientes disciplinarios y la aplicación de las sanciones
- h. crear y reestructurar las comisiones y grupos de trabajo necesarios para el mejor cumplimiento de las funciones colegiales y para el estudio, seguimiento o promoción de aspectos y trámites referidos a su celebración
- i. la preparación de los asuntos que hayan de ser sometidos a la asamblea y el cuidado de todos los aspectos y trámites referidos a su celebración
- j. fijar la fecha de celebración de las asambleas ordinarias y extraordinarias
- k. cuantas funciones no indicadas deriven de estos estatutos o sean funciones propias del colegio y no estén expresamente atribuidas a la asamblea
- l. la reclamación de cuotas a los colegiados morosos

ARTÍCULO 38. La Junta de Gobierno celebrará sesión bimensual y tantas veces como lo decida el Presidente o lo soliciten tres de sus miembros. Las convocatorias se harán por escrito a través de la Secretaría, a mandato del presidente, con al menos cinco días de antelación, y acompañadas del correspondiente orden del día. Es obligatoria la asistencia de todos los miembros. La falta de asistencia no justificada a dos sesiones consecutivas o cuatro no consecutivas se estimará como renuncia al cargo. Las sesiones de la Junta de gobierno se celebrarán en las dependencias del Colegio.

ARTÍCULO 39. La Junta de Gobierno quedará válidamente constituida con la asistencia de la mitad más uno de sus miembros entre los que habrán de encontrarse al menos el Presidente o Vicepresidente y el Secretario. Los acuerdos se tomarán por mayoría de los asistentes, y en caso de empate decidirá el voto de calidad del Presidente. Los acuerdos de la Junta se consignarán en las oportunas actas por orden de fechas en el libro que se dispondrán al efecto.

ARTÍCULO 40. La duración de los cargos será de cuatro años. Si alguno de los componentes de la Junta de

Gobierno excepto el Presidente, cesa por cualquier causa, la misma junta designará el sustituto con carácter de interinidad, hasta que se verifique la primera elección reglamentaria. La baja del presidente ha de ser cubierta por el vicepresidente y supone el nombramiento de un sustituto de este entre los miembros de la Junta de Gobierno. De producirse la vacante de más de la mitad de los miembros de la Junta de Gobierno o del presidente y del vicepresidente al mismo tiempo, se convocarán elecciones en el plazo de un mes.

ARTÍCULO 41. El Presidente de la Junta de Gobierno tiene especialmente atribuidas las siguientes funciones:

- a. la representación legal del colegio a todos los efectos y la representación del Colegio en todas las relaciones de este con los poderes públicos, entidades, corporaciones de cualquier tipo, personas físicas o jurídicas.
- b. llevar la dirección del colegio y decidir en casos urgentes que no sean competencia de la asamblea, y con la obligación de informar de sus decisiones a la Junta de Gobierno en la primera reunión que se celebre
- c. visar las certificaciones que expida el secretario
- d. suscribir y otorgar contratos, documentos y convenios de interés para el colegio
- e. es depositario de la firma y del sello del colegio
- f. autorizar con su firma todo tipo de documentos en relación con el apartado a del presente artículo
- g. convocar las reuniones de la Junta de Gobierno y las asambleas generales tanto ordinarias como extraordinarias
- h. contratar, llevar a término todo tipo de actos y documentos propios de la gestión y de la administración colegiales, incluidos los que sean propios de la cuestión económica bancaria y financiera si bien la movilización de los fondos la hará conjuntamente con el tesorero
- i. coordinar la labor de todos los miembros de la junta de gobierno

ARTÍCULO 42. El Vicepresidente colaborará con el presidente en el ejercicio de sus funciones y ejercerá todas aquellas funciones específicas que le sean asignadas por este o por la Junta de Gobierno que resulten de interés para el colegio de fisioterapeutas de Galicia.

ARTÍCULO 43. Son funciones del Secretario:

- a. llevar los libros necesarios para conseguir el mejor y más ordenado funcionamiento de los servicios del colegio. Será obligatoria la existencia de libros de actas de la asamblea general y de la junta de gobierno, el de registro de entrada y salida de documentos
- b. levantar acta de las reuniones de los órganos del colegio y autentificar con su firma la del presidente o vicepresidente, expedir certificaciones y testimonios, y es el depositario y responsable de la documentación colegial
- c. redactar memoria anual
- d. cuidar la organización administrativa y laboral de las oficinas del colegio, garantizar su funcionamiento y el cumplimiento de las obligaciones legales al respecto
- e. controlar la tramitación de los expedientes de los colegiados y tener permanentemente actualizado el registro de los mismos
- f. redactar y enviar los oficios de citación para todos los actos del colegio
- g. dar cumplimiento a los acuerdos adoptados por la Junta de Gobierno
- h. tiene asignada la custodia de los períodos electorales durante los cuales da fe de la recepción y tramitación de la documentación, es depositario de los votos recibidos por correo y vigila el cumplimiento de los requisitos electorales

ARTÍCULO 44. Son funciones del tesorero:

- a. recaudar vigilar y administrar los fondos del colegio y llevar la contabilidad
- b. efectuar los pagos ordenados por la Junta de Gobierno y firmar los documentos para el movimiento de los fondos del colegio, conjuntamente con el presidente o vicepresidente
- c. hacer el balance y cuenta de resultados del ejercicio, liquidando el presupuesto vencido y formular el presupuesto de ingresos y gastos, todo esto para someterlo a la aprobación de la asamblea general
- d. llevar o supervisar los libros de contabilidad que sean necesarios
- e. realizar el balance de situación tantas veces como lo requiera el presidente o junta de gobierno
- f. tener informada a la junta de gobierno sobre el estado financiero del colegio

ARTÍCULO 45. Serán funciones de los vocales:

- a. auxiliar a los titulares de los otros cargos de la Junta de Gobierno y sustituirlos en sus ausencias
- b. llevar a cabo las tareas que les confíe el presidente de la junta de gobierno o la propia junta

ARTÍCULO 46. El ejercicio de los cargos del colegio es gratuito, si bien pueden ser reembolsados los gastos que comporta el ejercicio de dicho cargo.

CAPITULO III. ELECCIONES A LA JUNTA DE GOBIERNO. ARTÍCULO 47. Tendrán derecho a ser elegidos

todos los colegiados al corriente de sus obligaciones colegiales, excepto que estén afectados por una sanción que comporte la suspensión de actividades colegiales en general o la limitación de sus derechos. Los colegiados no ejercientes no podrán ser candidatos al cargo de Presidente.

ARTÍCULO 48. Sólo podrán recurrir a las elecciones candidaturas completas en las que estén todos los miembros de la Junta a elegir. Las candidaturas deberán formarse indicando el cargo al cual opta cada candidato, los cuales deberán firmar su aceptación de formar parte de la misma. Nadie podrá presentarse como candidato a más de un cargo o candidatura.

ARTÍCULO 49. La convocatoria de elecciones deberá efectuarla la Junta de Gobierno con al menos treinta días de antelación a la fecha de celebración, y hará pública al mismo tiempo la lista de colegiados con derecho a voto. Los colegiados que deseen formular alguna reclamación contra las listas de electores deberán formalizarla en el plazo de cinco días de haber sido expuestas. Estas reclamaciones deberán ser resueltas por la Junta de Gobierno dentro de los tres días siguientes al de la expiración del plazo para formularlas, y la resolución deberá ser notificada a cada reclamante dentro de los diez días siguientes. Las candidaturas deberán presentarse en la secretaría del colegio, debidamente firmada por todos sus miembros y con expresión de su lugar de residencia (declaración jurada o certificado) dentro de los ocho días siguientes a aquel en que se haga pública la convocatoria y una vez transcurridos estos ocho días, la Junta de Gobierno deberá hacer pública la relación de candidaturas dentro de los cinco días siguientes, y a partir de ese día podrá emitirse el voto por correo. La Secretaría del colegio confeccionará una relación con la copia literal de las candidaturas presentadas, y las remitirá a los colegiados con la papeleta de voto correspondiente y los sobres e instrucciones para la emisión del voto por correo. En el caso de presentación de una única candidatura se procederá igualmente a la votación. El candidato a Presidente por cada candidatura podrá presentar brevemente las circunstancias de los candidatos y el programa de su candidatura en acto convocado al efecto.

ARTÍCULO 50. El día fijado para las elecciones se constituirá en los locales y hora de la convocatoria una mesa electoral que será la que dirija la votación y sus circunstancias. Dicha mesa estará formada por tres personas ninguna de las cuales será candidato. El fisioterapeuta de más edad será presidente y los dos de menor edad serán secretario y vocal. Cada candidatura podrá designar entre los colegiados un interventor que la represente en las operaciones electorales.

Los colegiados habrán de votar en el lugar y local designado al efecto. En la mesa electoral se encontrará la urna, que habrá de ofrecer suficientes garantías. Constituida la mesa electoral, su presidente indicará el inicio de la votación, y a la hora prevista para finalizar se cerrarán las puertas de la sala y sólo podrán votar los que se encuentren dentro de la misma.

A continuación y previa la oportuna comprobación, se introducirán dentro de la urna los votos que hayan llegado por correo certificado con los requisitos establecidos. La Junta de Gobierno determinará el horario de la elección que tendrá una duración mínima de ocho horas.

Los electores votarán utilizando exclusivamente una papeleta. Previa identificación del elector se entregará la papeleta al Presidente, el cual la depositará en la urna, en presencia del votante. El Secretario de la mesa señalará en la lista de colegiados los que vayan depositando su voto.

Los electores que no voten personalmente lo podrán hacer por correo certificado remitiendo el mismo a la secretaría del colegio. El sobre certificado ha de contener una fotocopia del D.N.I. del elector acompañado de solicitud de voto por correo, con firma legible de puño y letra, además de un sobre blanco cerrado, dentro de la cual se encuentre la papeleta de voto o conste mecanografiada la candidatura escogida, con la relación de todos sus miembros y cargos.

Para que sean válidos los votos por correo habrán de reunir los requisitos mencionados y recibirse en la secretaría del colegio, con dos días de antelación a la votación.

ARTÍCULO 51. Acabada la votación se procederá al escrutinio. Serán declaradas nulas aquellas papeletas que contengan expresiones ajenas al escrutinio contenido de la votación o borrones que imposibiliten la perfecta identificación de la voluntad del elector y aquellas que nombre más de una candidatura o una candidatura incompleta. Finalizado el escrutinio se levantará acta del resultado que será firmada por los interventores y por todos los miembros de la mesa y que el presidente hará pública.

Los miembros elegidos de la Junta de Gobierno tomarán posesión de los cargos en un plazo máximo de quince días desde la fecha de la elección. Los nombramientos serán comunicados al departamento correspondiente de la Xunta de Galicia y a las instancias que correspondan dentro del plazo establecido en el artículo 7.6 de la Ley de Colegios Profesionales.

TÍTULO V. DEL REGIMEN ECONOMICO.

ARTÍCULO 52. El colegio tiene capacidad para la titularidad gestión y administración de bienes y derechos adecuados para el cumplimiento de sus finalidades. La actividad económica se realizará de acuerdo con el procedimiento presupuestario.

ARTÍCULO 53. Los recursos del colegio están constituidos por,

1. recursos ordinarios:
 - a. las cuotas y los derechos de incorporación fijados por la Junta de gobierno
 - b. las cuotas ordinarias periódicas que fije la Junta

- c. los derechos y las tasa que, eventualmente fije la junta por los servicios colegiales
 - d. los rendimientos de los bienes y derechos que constituyen el patrimonio colegial
 - e. cualquier otro legalmente posible de similares características
2. recursos extraordinarios:
- a. las derramas o aportaciones extraordinarias aprobadas por la asamblea
 - b. las subvenciones o donaciones de cualquier tipo de procedencia pública o privada
 - c. en general los incrementos patrimoniales legítimamente adquiridos.

ARTÍCULO 54. La Junta de Gobierno presentará anualmente para su aprobación a la asamblea general:

- a. la liquidación del presupuesto del ejercicio anterior
- b. el presupuesto para el ejercicio siguiente. Una vez aprobado, el presupuesto sólo puede ser aumentado o reducido por circunstancias excepcionales, por acuerdo de la asamblea extraordinaria convocada a tal efecto

ARTÍCULO 55. En caso de disolución o reestructuración que afecte al patrimonio del colegio este se destinará en primer lugar a cubrir el pasivo. El activo restante se adjudicará con las cautelas que se establezcan al organismo u organismos que los sustituyan. Si no se diese esta circunstancia el activo restante se adjudicará entre los colegiados que tenga, como mínimo, un año de antigüedad y proporcionalmente con los años que lleven como colegiados. En todo caso la asamblea general extraordinaria podrá hacer otro tipo de liquidación del activo restante después de cubrir el pasivo.

TÍTULO VI. DEL REGIMEN DISCIPLINARIO.

ARTÍCULO 56. El colegio tiene jurisdicción disciplinaria para sancionar las faltas cometidas por los profesionales en el ejercicio de su profesión o actividad colegial.

ARTÍCULO 57. Las faltas se calificarán en leves, graves y muy graves.

Son faltas leves:

- a. la desatención de los requerimientos colegiales y la falta de comunicación al colegio de las modificaciones en los datos personales y profesionales de la persona colegiada
- b. la realización de actos desconsiderados hacia los compañeros, el colegio y sus órganos rectores
- c. la falta de seguimiento de las instrucciones colegiales debidamente aprobadas y justificadas por un interés general
- d. la emisión de publicidad sin visado del colegio (dentro del plazo de siete días desde su publicación)

Son faltas graves:

- a. la reiteración de la comisión de faltas leves
- b. las acciones de incumplimiento de los estatutos y otras normas colegiales, así como también la vulneración de los deberes profesionales y principios deontológicos de la profesión, sin animosidad
- c. la realización de actos profesionales manifiestamente incorrectos por los cuales resulte perjudicado el paciente
- d. el cometer actos de desconsideración deliberada contra compañeros, el colegio o sus gestores
- e. la falta de pago correspondiente a un periodo que no supere el año de colegiación.

Son faltas muy graves:

- a. el encubrimiento o promoción del intrusismo profesional en cualquiera de sus facetas
- b. la realización de actos profesionales que sean motivo de un veredicto judicial en los cuales se aprecie dolo o engaño
- c. el incumplimiento de los estatutos y otras normas colegiales y de los principios que inspiran la profesión de forma deliberada y dolosa
- d. la falta de pago de más de un año de colegiación. Este hecho es motivo de expulsión siempre que el moroso haya sido debidamente requerido.

ARTÍCULO 58. La imposición de cualquier sanción disciplinaria exige la formación y tramitación previa del expediente correspondiente

Forma del expediente: el expediente se debe ajustar a las siguientes normas,

- a. el procedimiento se iniciará por acuerdo de la Junta de Gobierno ya sea por iniciativa propia o como consecuencia de una denuncia formulada por cualquier colegiado, persona o entidad pública o privada. La Junta de Gobierno cuando reciba una denuncia o tenga conocimiento de una supuesta infracción, podrá acordar la instrucción de información reservada antes de decidir la incoación del expediente o, si procede, que se archiven las actuaciones sin recurso ulterior. Todas las actuaciones

relativas a la tramitación del expediente irán a cargo del instructor el cual será nombrado por la Junta de Gobierno entre los colegiados. La incoación del expediente así como el nombramiento del instructor se notificarán al colegiado sujeto del expediente

- b. corresponde al instructor practicar todas las pruebas y actuaciones que lleven al esclarecimiento de los hechos. A la vista de las actuaciones practicadas se formulará un pliego de cargos donde se expondrán los hechos imputados, o bien la propuesta de sobreseimiento y archivo del expediente
- c. el pliego de cargos se notificará al interesado y se le concederá un plazo de quince días para poder formular alegaciones, y aportar y proponer todas las pruebas de las que intente valerse
- d. el instructor, transcurrido el plazo, formulará propuesta de resolución, que se le notificará al interesado para que en el plazo de quince días pueda alegar todo lo que considere en su defensa. Durante este periodo se le notificarán las actuaciones practicadas
- e. la propuesta de resolución con toda la actuación, se elevará a la junta de Gobierno y esta dictará la resolución apropiada
- f. las resoluciones sancionadoras contendrán la relación de los hechos probados, la determinación de las faltas constatadas, la calificación de su gravedad, y la sanción impuesta. La relación de hechos ha de ser congruente con el pliego de cargos formulados en el expediente.

ARTÍCULO 59. Las sanciones que se pueden imponer son :

- a. por faltas leves : amonestación verbal, represión privada y amonestación escrita
- b. por faltas graves : amonestación por escrito con advertencia de suspensión, suspensión de la condición de colegiado y del ejercicio profesional durante un plazo no superior a tres meses y suspensión para el desempeño de cargos colegiales en la junta de gobierno por un plazo no superior a cinco años
- c. por faltas muy graves : suspensión de la condición de colegiado y del ejercicio profesional por un plazo superior a tres meses y no superior a un año, inhabilitación permanente para el desempeño de cargos colegiales directivos y expulsión del colegio con privación de la condición de colegiado.

ARTÍCULO 60. El periodo de prescripción de las faltas será de seis meses para las leves, dos años para las graves y cuatro años para las muy graves, interrumpiéndose la prescripción por el inicio del procedimiento disciplinario.

ARTÍCULO 61. El sancionado podrá pedir a la Junta de Gobierno su rehabilitación con las consiguientes cancelaciones de la nota en su expediente. Esta petición se podrá realizar en el plazo de tres meses si la falta fuese leve, en el plazo de un año si la falta fuese grave, en el plazo de dos años si la falta fuese muy grave y si hubiera sido expulsado en el plazo de siete años, desde la fecha del inicio del cumplimiento de la sanción.

TÍTULO VII. DEL REGIMEN JURIDICO.

ARTÍCULO 62. En todo lo no previsto específicamente en estos estatutos se aplicará La Ley 30/92 de 26 de noviembre reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo y todas aquellas normas jurídicas vigentes y aplicables al caso o supuesto concreto.

ARTÍCULO 63.

1. Contra los actos sujetos al derecho administrativo emanados del órgano de gobierno de los colegios profesionales cabrá recurso de alzada ante el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.
2. En el supuesto de actos y resoluciones dictados en el ejercicio de competencias administrativas delegadas se estará a los términos de la propia delegación en cuanto al órgano competente para conocer en caso del recurso correspondiente.

ARTÍCULO 64. El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia será auditado cuando se produzca la renovación ordinaria, total o parcial, de sus órganos directivos. Todo ello sin perjuicio de la función fiscalizadora que corresponde a los organismos públicos legalmente habilitados para ello.

Diario Oficial de Galicia

martes, 15 de xullo de 2003

III. OUTRAS DISPOSICIÓNS

Número do Dog: 136

Páxina do Dog: 9.425

Data da Disposición: 3 de xullo de 2003

Sección: III. OUTRAS DISPOSICIÓNS

Organismo: CONSELLERÍA DE XUSTIZA, INTERIOR E ADMINISTRACIÓN LOCAL

Rango: Decreto

Título: Decreto 302/2003, do 3 de xullo, polo que se modifican os estatutos do Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, aprobados polo Decreto 270/2000, do 26 de outubro.

Decreto 302/2003, do 3 de xullo, polo que se modifican os estatutos do Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, aprobados polo Decreto 270/2000, do 26 de outubro.

A disposición transitoria da Lei 11/2001, do 18 de setembro, de colexios profesionais da Comunidade Autónoma de Galicia, dispón que os colexios profesionais galegos que estivesen constituídos á entrada en vigor da dita lei deberán adapta-los seus estatutos a ela.

En cumprimento da dita disposición o Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia procedeu á modificación de determinados artigos dos seus estatutos.

Tendo en conta o disposto no artigo 18.1º da Lei 11/2001, do 18 de setembro, de colexios profesionais da Comunidade Autónoma de Galicia, de acordo co establecido no artigo 36 da Constitución española, no artigo 27.2º do Estatuto de autonomía de Galicia, na Lei orgánica 16/1995, do 27 de decembro, de transferencia de competencias á Comunidade Autónoma galega, no Real decreto 1643/1996, do 5 de xullo, de traspaso de funcións e servizos da Administración do Estado na materia de colexios oficiais e profesionais, no Decreto 337/1996, do 13 de setembro, da Xunta de Galicia sobre asunción de funcións e competencias ó que se refire o real decreto citado, e no Decreto 161/1997, do 5 de xuño, polo que se regulan os consellos galegos de colexios profesionais e se crea o Rexistro de Colexios Profesionais e os seus consellos; por proposta do conselleiro de Xustiza, Interior e Administración Local e logo de deliberación do Consello da Xunta de Galicia na súa reunión do día tres de xullo de dous mil tres.

DISPOÑO:

Artigo 1º

Modifícanse os artigos 4, 5, 8, 13, 21 e 40 dos estatutos do Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, que pasarán a te-la seguinte redacción:

1. Artigo 4:

O ámbito territorial do Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia será a Comunidade Autónoma galega.

O colexio terá sede na cidade da Coruña e o seu domicilio social será na rúa San Roque, 10-1º. 15001 A Coruña.

Os cambios de enderezo poden ser acordados por proposta da xunta de goberno, por asemblea ordinaria por maioría».

2. Artigo 5:

O colexio réxese polos presentes estatutos, pola súa lei de creación, pola Lei de colexios profesionais de Galicia, e por calquera outra lexislación autonómica, estatal ou comunitaria que lle afecte».

3. Artigo 8:

O Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia asume as funcións que a Lei 11/2001, do 18 de setembro, de colexios profesionais da Comunidade Autónoma de Galicia, determina para os consellos galegos de colexios profesionais».

4. Artigo 13:

Será requisito indispensable para o exercicio da profesión de fisioterapeuta no ámbito territorial de Galicia, en calquera das súas modalidades, a previa incorporación ó Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. Os profesionais titulados vinculados coa administración pública mediante relación de servizos de carácter administrativo ou laboral non precisarán estar colexiados cando o beneficiario sexa a Administración. Os profesionais colexiados noutros colexios profesionais de fisioterapeutas haberán de cumprí-los requisitos que se establecen no artigo 21 destes estatutos. Os fisioterapeutas que non exerzan a profesión poderán incorporarse ó colexio de forma voluntaria sempre que cumpran os requisitos».

5. Artigo 21:

1. Para os fisioterapeutas Colexiados noutro Colexio profesional de fisioterapeutas do territorio nacional, será suficiente coa súa incorporación a un só dos Colexios profesionais, que será o do seu domicilio profesional único ou principal, sen que poidan esixir-los Colexios profesionais nos que no seu ámbito territorial non radique o dito domicilio, habilitación ningunha nin o pagamento de prestacións económicas distintas daquelas que se esixan ós seus Colexiados pola prestación dos servizos dos que sexan beneficiarios e que non se atopen cubertos polas cotas Colexiais.

2. Os fisioterapeutas Colexiados noutro Colexio profesional que pretendan exercer-la súa actividade en Galicia comunicaranlo ó Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia a través do seu Colexio profesional de procedencia».

6. Artigo 40:

A duración dos cargos será de catro anos. Se algún dos compoñentes da Xunta de Goberno excepto o presidente, cesa por calquera causa, a mesma Xunta designará o substituto con carácter de interinidade, ata que se verifique a primeira elección parlamentaria. A baixa do presidente ha de ser cuberta polo vicepresidente e supón o nomeamento dun substituto deste entre os membros da Xunta de Goberno. De producirse a vacante de máis da metade dos membros da Xunta de Goberno ou do presidente e do vicepresidente ó mesmo tempo, convocaranse eleccións no prazo dun mes».

Artigo 2º

Engádesse un punto ó artigo 32 e ó artigo 37, respectivamente, e dous novos artigos, 63 e 64, coa seguinte redacción:

1. Artigo 32:

A modificación de estatutos e código deontolóxico».

2. Artigo 37:

A reclamación de cotas ós Colexiados morosos».

3. Artigo 63:

1. Contra os actos suxeitos ó dereito administrativo emanados do órgano de goberno dos Colexios profesionais caberá recurso de alzada ante o Consello Xeral de Colexios de Fisioterapeutas.

2. No suposto de actos e resolucións ditados no exercicio de competencias administrativas delegadas haberá que atenderse ós termos da propia delegación en canto ó órgano competente para coñecer no caso do recurso correspondente».

4. Artigo 64:

«O Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia será auditado cando se produza a renovación ordinaria, total ou parcial, dos seus órganos directivos. Todo iso sen prexuízo da función fiscalizadora que corresponde ós organismos públicos legalmente habilitados para iso».

Disposición derradeira

O presente decreto entrará en vigor ós vinte días da súa publicación no Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela, tres de xullo de dous mil tres.

Manuel Fraga Iribarne: Presidente

Jesús Carlos Palmou Lorenzo: Conselleiro de Xustiza, Interior e Administración Local

LOIS

**LOI n° 2004-806 du 9 août 2004
relative à la politique de santé publique (1)**

II. – L'article L. 4151-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-4. – Les sages-femmes peuvent prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

Article 105

L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « odontologiques », sont insérés les mots : « , de sage-femme » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Des étudiants admis à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques à la suite des épreuves de classement de fin de première année du premier cycle peuvent être admis à suivre la formation de sage-femme. Leur nombre ainsi que les conditions de leur admission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé. »

Article 106

L'article L. 4151-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « Espace économique européen », sont insérés les mots : « effectuant leur formation en France » et les mots : « ayant validé les trois premières années de formation » sont supprimés ;

2° A la fin du second alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « de l'alinéa précédent, notamment le niveau d'études exigé, la durée maximale des autorisations et les conditions de leur prorogation ».

Article 107

Le dernier alinéa de l'article L. 4151-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les conditions d'admission dans les écoles de sages-femmes sont fixées par les dispositions de l'article L. 631-1 du code de l'éducation. »

Article 108

I. – L'article L. 4391-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La profession de masseur-kinésithérapeute est uniquement représentée au sein de l'assemblée interprofessionnelle au niveau régional et national. »

II. – L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que :

« 1° Si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa ;

« 2° S'il est inscrit sur le tableau tenu par l'ordre. »

III. – Dans le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la quatrième partie du même code, les articles L. 4321-13 à L. 4321-19 sont ainsi rétablis et les articles L. 4321-20 et L. 4321-21 ainsi rédigés :

« Art. L. 4321-13. – L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes regroupe obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées.

« Art. L. 4321-14. – L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4321-21.

« Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute.

« Il peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

« Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

« Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre.

« Art. L. 4321-15. – Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est composé de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié ainsi que, avec voix consultative, d'un représentant du ministre chargé de la santé.

« Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes comporte, en son sein, une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative et composée de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et de masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié.

« Cette chambre est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance.

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 4321-16. – Le conseil national fixe le montant de la cotisation qui doit être versée à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes par chaque personne physique ou morale inscrite au tableau. Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à l'échelon départemental, régional et national.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession ainsi que les œuvres d'entraide.

« Il surveille la gestion des conseils départementaux, qui doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils.

« Il verse aux conseils départementaux une somme destinée à assurer une harmonisation de leurs charges sur le plan national.

« Art. L. 4321-17. – Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes assure les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux.

« Il organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dans ce cadre, le conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le conseil national de l'ordre sur proposition de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

« Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Cette chambre dispose, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales.

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 4321-18. – Dans chaque département, le conseil départemental de l'ordre exerce, sous le contrôle du conseil national, les attributions générales de l'ordre, énumérées à l'article L. 4321-14.

« Il statue sur les inscriptions au tableau.

« Il autorise le président de l'ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

« En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'ordre.

« Il peut créer, avec les autres conseils départementaux de l'ordre et sous le contrôle du conseil national, des organismes de coordination.

« Il diffuse auprès des professionnels les règles de bonnes pratiques.

« Le conseil départemental est composé de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié.

« Les dispositions de l'article L. 4123-2 sont applicables au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

« Art. L. 4321-19. – Les dispositions des articles L. 4113-5, L. 4113-6, L. 4113-8 à L. 4113-14, L. 4122-3, L. 4123-15 à L. 4123-17, L. 4124-1 à L. 4124-11, L. 4125-1, L. 4126-1 à L. 4126-7, L. 4132-6 et L. 4132-9 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

« Art. L. 4321-20. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des dispositions des articles L. 4321-15 à L. 4321-19, notamment la représentation des professionnels dans les instances ordinales en fonction du mode d'exercice et des usagers dans les chambres disciplinaires ainsi que l'organisation de la procédure disciplinaire préalable à la saisine des chambres disciplinaires.

« Art. L. 4321-21. – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, fixe les règles du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Ces dispositions se limitent aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard de ses membres, des autres professionnels de santé et à l'égard des patients.

« Les dispositions de l'article L. 4398-1 ne sont pas applicables aux masseurs-kinésithérapeutes. »

Article 109

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 145-5-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes, » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes dite "section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 145-5-2 est ainsi rédigé :

« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique, par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du même conseil, par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes ou par la section spéciale des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont : » ;

3° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 145-5-3 est ainsi rédigée :

« Les sanctions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 145-5-2 entraînent la privation de faire partie des instances nationales ou régionales du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique ; ainsi que du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, pendant une durée de trois ans » ;

4° L'article L. 145-5-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-5-4. – Tout professionnel qui contrevient aux décisions de l'assemblée interprofessionnelle du conseil mentionné à l'article L. 4191-1 du code de la santé publique, de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du même conseil, ou du conseil régional ou interrégional, de la section disciplinaire du conseil national, de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le professionnel de santé a donnés. » ;

5° L'article L. 145-5-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-5-5. – Les décisions rendues par les sections des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique ou par les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation. » ;

6° L'article L. 145-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel en activité, nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

« Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et d'assesseurs représentants des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre en son sein. » ;

7° L'article L. 145-7-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-7-2. – La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil et la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont chacune présidées par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants, par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres du conseil ou membre de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et d'assesseurs praticiens conseils, représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les assesseurs membres du conseil sont désignés par la chambre disciplinaire nationale du conseil parmi les membres et anciens membres de la chambre. Les assesseurs membres de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont désignés par le Conseil national de l'ordre en son sein.

« La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil siège en formation différente selon les professions concernées. »

8° L'article L. 145-7-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-7-3. – Les membres de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale du conseil et les membres de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membres de la chambre disciplinaire. »

9° L'article L. 145-9-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-9-1. – La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du même conseil, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est contradictoire. » ;

10° L'article L. 145-9-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 145-9-2. – Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique, le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du même conseil, le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête, rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance et statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-5-2. »

Article 110

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 4322-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer la profession de pédicure-podologue si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation n'ont été enregistrés conformément au premier alinéa et s'il n'est inscrit au tableau tenu par l'ordre. Cette disposition n'est pas applicable aux pédicures-podologues qui relèvent du service de santé des armées. »

II. – Les articles L. 4322-6 à L. 4322-14 du même code sont ainsi rétablis :

« Art. L. 4322-6. – L'ordre des pédicures-podologues regroupe obligatoirement tous les pédicures-podologues habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des pédicures-podologues relevant du service de santé des armées.

« Art. L. 4322-7. – L'ordre des pédicures-podologues assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, veille au maintien des principes de moralité et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4322-14.

« Il peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de pédicure-podologue. Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre.

« Art. L. 4322-8. – Le Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues est composé de membres élus parmi les pédicures-podologues exerçant à titre libéral et parmi les pédicures-podologues exerçant à titre salarié ainsi que, avec voix consultative, d'un représentant du ministre chargé de la santé.

« Le Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues comporte, en son sein, une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative.

« Cette chambre est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance.

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 4322-9. – Le conseil national fixe le montant de la cotisation qui doit être versée à l'ordre des pédicures-podologues par chaque personne physique ou morale inscrite au tableau. Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à l'échelon régional et national.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession, ainsi que les œuvres d'entraide. Il surveille la gestion des conseils régionaux qui doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils. Il verse aux conseils régionaux une somme destinée à assurer une harmonisation de ces conseils. Il verse aux conseils régionaux une somme destinée à assurer une harmonisation de leurs charges sur le plan national.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

NOR : SANS0620089A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4321-1 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine du 8 novembre 2005,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

Art. 2. - Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 9 janvier 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
PHILIPPE BAS

Décrets, arrêtés, circulaires

MESURES NOMINATIVES

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Arrêté du 30 novembre 2007 relatif à la présidence des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (tribunaux administratifs et cours administratives d'appel)

NOR : JUSA0772637A

Par arrêté du vice-président du Conseil d'Etat en date du 30 novembre 2007 :

M. Michel Wiernasz, premier conseiller au tribunal administratif de Strasbourg, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Alsace.

M. Pascal Devillers, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Nancy, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Alsace.

M. David Labouysse, conseiller à la cour administrative d'appel de Bordeaux, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Aquitaine.

M. Xavier Pottier, conseiller à la cour administrative d'appel de Bordeaux, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Aquitaine.

M. Hervé Drouet, premier conseiller au tribunal administratif de Clermont-Ferrand, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne.

M. Samuel Deliancourt, conseiller au tribunal administratif de Clermont-Ferrand, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne.

Mlle Aurélie Chauvin, conseiller au tribunal administratif de Caen, est nommée président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Basse-Normandie.

Mlle Valérie Coiffet, premier conseiller au tribunal administratif de Caen, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Basse-Normandie.

M. Rodolphe Feral, conseiller au tribunal administratif de Dijon, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Bourgogne.

Mme Odile Dorion, premier conseiller au tribunal administratif de Dijon, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Bourgogne.

M. Laurent Marechal, conseiller au tribunal administratif de Rennes, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Bretagne.

M. Philippe Scatton, premier conseiller au tribunal administratif de Rennes, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Bretagne.

M. Frank Coquet, premier conseiller au tribunal administratif d'Orléans, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Centre.

M. Sébastien Vieville, conseiller au tribunal administratif d'Orléans, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Centre.

M. Yves Philippoteaux, président honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Champagne-Ardenne.

M. Jean-Bernard Veyer, vice-président du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Champagne-Ardenne.

M. Jean-Claude Pauties, premier conseiller au tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Champagne-Ardenne.

M. José Thomas, président honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Franche-Comté.

Mme Sophie Tissot, conseiller au tribunal administratif de Besançon, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Franche-Comté.

Mme Chantal Guillet-Valette, premier conseiller au tribunal administratif de Rouen, est nommée président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Haute-Normandie.

Mme Pascale Bailly, premier conseiller au tribunal administratif de Rouen, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Haute-Normandie.

M. Claude Simon, premier conseiller au tribunal administratif de Paris, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Ile-de-France.

M. Michel Aymard, conseiller au tribunal administratif de Melun, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Ile-de-France.

M. Stéphane Lamy-Rested, président honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Ile-de-France.

M. Jean-François Bordes, premier conseiller au tribunal administratif de Limoges, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Limousin.

Mme Christine Mege, premier conseiller au tribunal administratif de Limoges, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Limousin.

M. Patrick Gensac, premier conseiller au tribunal administratif de Limoges, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Limousin.

Mme Marianne Hardy, premier conseiller au tribunal administratif de Montpellier, est nommée président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Languedoc-Roussillon.

Mlle Lison Rigaud, conseiller au tribunal administratif de Montpellier, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Languedoc-Roussillon.

Mme Pascale Rousselle, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Nancy, est nommée président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Lorraine.

M. Gérard Lion, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Nancy, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Lorraine.

M. Benoît Vidon, premier conseiller au tribunal administratif de Toulouse, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Midi-Pyrénées.

Mlle Cécile Cabanne, conseiller au tribunal administratif de Toulouse, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Midi-Pyrénées.

M. Bernard Jean-Antoine, président honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Nord - Pas-de-Calais.

M. Bernard Valette, président honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Nord - Pas-de-Calais.

M. Xavier Faessel, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Nantes, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Pays de la Loire.

M. Sébastien Degommier, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Nantes, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Pays de la Loire.

M. Samuel Therain, conseiller au tribunal administratif d'Amiens, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Picardie.

Mme Guénaëlle Haudier, conseiller au tribunal administratif d'Amiens, est nommée président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Picardie.

M. Damien Lemoine, premier conseiller au tribunal administratif de Poitiers, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Poitou-Charentes.

M. René Bousquet, vice-président du tribunal administratif de Poitiers, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Poitou-Charentes.

M. Jacques Lagarde, premier conseiller au tribunal administratif de Marseille, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

M. Jean-Fabrice Sauton, premier conseiller au tribunal administratif de Marseille, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

M. Jean-Paul Martin, vice-président du tribunal administratif de Lyon, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Rhône-Alpes.

M. Vincent Droullé, conseiller au tribunal administratif de Lyon, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Rhône-Alpes.

M. Jean-Luc Schnoering, premier conseiller aux tribunaux administratifs de Basse-Terre, Cayenne, Fort-de-France et Saint-Pierre-et-Miquelon, est nommé président titulaire de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Antilles-Guyane.

M. Henry Haustant, premier conseiller aux tribunaux administratifs de Basse-Terre, Cayenne, Fort-de-France et Saint-Pierre-et-Miquelon, est nommé président suppléant de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Antilles-Guyane.