

**Assunto:** Correio do Cidadão - Posição conjunta de um grupo de médicos e de outros cidadãos portugueses, e declaração de interesse, acerca da suspensão do circuito legislativo dos Projetos de Lei n.os 635/XIII e 642/XIII para a...

Nome: ALEXANDRE ANDRÉ GASPAR DE CAMÕES BARBOSA

Exmo. Sr. Presidente da Assembleia da República  
Dr. Eduardo Ferro Rodrigues

Exmo. Sr. Presidente da Comissão Parlamentar do Trabalho e Segurança Social  
Dr. Feliciano Barreiras Duarte

Exmo. Sr. Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde  
Dr. José de Matos Rosa

Exmos. Srs. Presidentes dos Grupos Parlamentares da Assembleia da República,

Alexandre Camões Barbosa, médico fisiatra inscrito na Ordem dos Médicos Portuguesa com a cédula profissional n.º 45313, vem apresentar a VV. Excias. a "Posição conjunta de um grupo de médicos e de outros cidadãos portugueses, e declaração de interesse, acerca da suspensão do circuito legislativo dos Projetos de Lei n.os 635/XIII e 642/XIII para a criação de uma Ordem dos Fisioterapeutas."

Trata-se de uma Posição Conjunta assinada por mais de 5000 mil cidadãos (cerca de metade médicos portugueses e a outra metade cidadão não médicos, incluindo fisioterapeutas), a qual foi entregue em sede de apreciação pública aos Projetos de Lei citados, neste momento na Comissão Parlamentar do Trabalho e Segurança Social.

No entanto, dada o especial interesse público desta matéria, nomeadamente no que concerne às boas práticas em Saúde, ao atropelamento de classes profissionais e à correcção do circuito legislativo, não podemos deixar de dar conhecimento a VV. Excias. do mesmo documento.

Os meus cumprimentos,  
Alexandre Camões Barbosa



Exmo. Sr. Presidente da Comissão Parlamentar do Trabalho e Segurança Social  
Dr. Feliciano Barreiras Duarte  
Exmos. Srs. Deputados da Comissão Parlamentar do Trabalho e da Segurança Social

C.c.

Exmo. Sr. Presidente da Assembleia da República  
Dr. Eduardo Ferro Rodrigues

Exmo. Sr. Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde  
Dr. José de Matos Rosa

Exmos. Srs. Presidentes dos Grupos Parlamentares da Assembleia da República

**Assunto: Posição conjunta de um grupo de médicos e de outros cidadãos portugueses, e declaração de interesse, acerca da suspensão do circuito legislativo dos Projetos de Lei n.ºs 635/XIII e 642/XIII para a criação de uma Ordem dos Fisioterapeutas.**

Os signatários que subscrevem esta exposição são um grupo de médicos especialistas e médicos internos de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), médicos de outras especialidades e outros cidadãos que, no exercício do direito universal de apresentação de exposições escritas para defesa de direitos, da Constituição, da lei ou do interesse geral superior previsto na Constituição da República Portuguesa e na Lei, vêm por este meio expor a sua preocupação com as consequências para a qualidade dos cuidados de saúde a prestar aos portugueses, especificamente na área de saúde denominada internacionalmente como 'Reabilitação', causadas pela iniciativa legislativa a decorrer no Parlamento para a Criação da "Ordem dos Fisioterapeutas" (Projeto de Lei n.º 635/XIII e Projeto de Lei n.º 642/XIII).

Nesse sentido, vêm expor a VV. Excias. o seguinte:

## I – Introdução

1. Tanto o Projeto de Lei n.º 635/XIII, como também o, em tudo semelhante, Projeto de Lei n.º 642/XIII, são verdadeiros lobos com peles de cordeiro. Ambos pretendem criar uma “Ordem dos Fisioterapeutas”, e o primeiro dos dois foi aprovado na generalidade em Outubro de 2017, encontrando-se agora na discussão na especialidade.
2. Mas desde logo representam ambos uma ameaça disfarçada de intenções divisionistas no seio do Serviço Nacional de Saúde e nos sistema, subsistemas e instituições privadas de saúde, e não apenas a tentativa e a pretensão da instituição de um regulador de uma classe profissional (os Fisioterapeutas). Representam, em boa verdade, uma espécie de “Fisioexit”.
3. Ambos os diplomas têm a pretensão de lançar uma base legal para uma auto-regulamentação do trabalho dos Fisioterapeutas, mas também, e de forma manifesta (como é explicitado na “Exposição de Motivos” de ambos os Projetos de Lei), têm a intenção de iniciar uma deriva divisionista entre os vários intervenientes das Equipas Multidisciplinares e Multiprofissionais de Reabilitação (que incluem Medicina, Enfermagem/Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Ortoprotética, Psicologia, Assistência Social, etc.). Estes diplomas admitem a intenção de conduzir à desagregação das Equipas Multidisciplinares e Multiprofissionais de Reabilitação e, com tal, ao abandono do que são consideradas as práticas de excelência em Reabilitação no século XXI, e aquelas que demonstraram melhor perfil de custo-efetividade.
4. Se de facto atendermos, como referido anteriormente, ao que consta nos motivos invocados pela classe profissional em apreço para a justificação de uma Ordem dos Fisioterapeutas, tal como constam no Projeto de Lei n.º 635/XIII, podemos ler: “A identidade da intervenção do Fisioterapeuta reside num corpo de saberes próprio...”; “...no seu modelo de atuação, que inclui diagnóstico...”; “na sua área de intervenção através da determinação da alta da fisioterapia e/ou do encaminhamento para outros profissionais...”; “Os Fisioterapeutas podem assim exercer a sua atividade independentemente de outros profissionais de saúde...”; e no Projeto de Lei n.º 642/XIII: “e de se reconhecer o direito individual de

opção pelo método terapêutico” (em oposição ao método terapêutico que consta da *prescrição médica*).

5. Refira-se, em abono da verdade, que o corpo de saberes básico a que recorre a Fisioterapia *não* é um corpo de conhecimento próprio da Fisioterapia, mas antes se inclui no corpo de saberes alargado e multidimensional da Medicina Física e de Reabilitação. Na verdade, o corpo de saberes da MFR, a que recorre a Fisioterapia, é o mesmo a que recorrem outras disciplinas técnicas paralelas à Fisioterapia, nomeadamente a Terapia Ocupacional.
6. Basta, para compreender isso, recorrer ao currículo académico e à própria história da MFR e da Fisioterapia, que se abordarão abaixo.
7. A classe profissional médica, e em particular os Médicos Especialistas em MFR (também designados por Fisiatras), não nega à classe profissional dos Fisioterapeutas as suas competências próprias, devidamente enquadradas na sua formação técnica pré-graduada, e o aprofundamento das competências técnicas prévias através de formações pós-graduadas. Mas não podem defender “novas” competências técnicas (isto é, não derivadas da formação pré- ou pós-graduada), e ainda por cima de forma absolutamente desarticulada e “independentista” dos restantes agentes do Sistema e do Serviço Nacional de Saúde, assim como não podem defender um processo que vise, sem qualquer sustentação, a equiparação de funções, carreiras e de profissões!
8. **Isso iria contra tudo o que são: (1) as evidências científicas; (2) as formações curriculares académicas; (3) as boas práticas em MFR como área da Saúde; e (4) as diretivas e normativas nacionais e internacionais, que incluem instituições como a OMS (Organização Mundial de Saúde), a UEMS (União Europeia de Médicos Especialistas), o Conselho Europeu das Ordens Médicas, o Conselho Nacional das Ordens Profissionais e a Direção da Secção de MFR da UEMS (PRM Section Board).**
9. Do mesmo modo se pode compreender que as delimitações estabelecidas entre as áreas / classes profissionais não têm como objectivo minorizar qualquer uma delas, mas antes patentear e reforçar a sua intercomplementaridade, que em Reabilitação Médica se objetiva em modelos de trabalho de Equipas de Reabilitação, que se caracterizam por ser multidisciplinares e multiprofissionais.

10. Também não obsta a que, quanto melhor for a formação pré- e pós-graduada dos diversos elementos das Equipas de Reabilitação, e isto inclui sem dúvida os Fisioterapeutas, melhor seja o desempenho (em Saúde), como um todo, centrado no doente e nos seus interesses, *sempre numa relação integrada*.

## II – A Medicina Física e de Reabilitação

11. A MFR é uma especialidade médica, embora a expressão também possa ser usada em Portugal para designar, *lato sensu*, toda uma área de atividade em Saúde (nesta acepção também é comum usar-se a expressão mais sucinta “Reabilitação” plasmada do inglês *Rehabilitation*). A MFR, enquanto especialidade médica, existe em Portugal e na vasta maioria dos países desenvolvidos. Está definida e regulamentada nacional e internacionalmente.<sup>1</sup>
12. A MFR é, então, uma especialidade médica (incluída na Ordem dos Médicos Portuguesa), estando definida e regulamentada nacional e internacionalmente, como, por exemplo, pela União Europeia dos Médicos Especialistas (*Union Européenne des Médecins Spécialistes / European Union of Medical Specialists – UEMS*).
13. O *Field of Competence* dos médicos especialistas em MFR é baseado no currículo de educação e treino definido pelo *European Board for PRM*,<sup>2</sup> e em Portugal está estipulado pela Portaria n.º 121/2012, de 30 de abril (Anexo 1).
14. O **Livro Branco da Medicina Física Reabilitação**, cuja próxima edição sairá em Abril deste ano, define a natureza, área de trabalho e parâmetros da Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Descreve a especialidade médica e as suas competências, bem como o contexto de trabalho, a natureza da educação e os conteúdos que devem constar da formação especializada. (Anexo 1’)

---

<sup>1</sup> Como especialidade médica, a MFR pode ser substituída sinonimicamente pelo termo Fisiatria. O médico especialista em MFR é também designado por Médico Fisiatra.

<sup>2</sup> Disponível em [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org). (*PRM* ou *Physical and Rehabilitation Medicine* = Medicina Física e de Reabilitação).

15. A MFR baseia-se:

- a. nos princípios médicos fundamentais: estabelecimento de uma *avaliação, diagnóstico, prescrição e terapêutica* (executada pelo próprio médico ou por outros profissionais de saúde após prescrição e sob supervisão médica);
- b. nos princípios médicos específicos para a MFR de avaliação funcional e estabelecimento do plano de tratamento/programa de reabilitação (que se caracteriza por ser multidimensional – tanto multidisciplinar como multiprofissional), assim como medição dos resultados obtidos;
- c. no modelo da *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* com focos na estrutura e funções corporais, actividade, participação e factores ambientais;
- d. na evidência científica (“evidence-based healthcare”).

16. Os seus objectivos são a optimização da *actividade* do doente, a sua *participação* na vida em sociedade, assim como a sua *qualidade de vida*, quer se trate de uma doença aguda quer crónica. Isto exige que o Médico Fisiatra seja responsável pela condução de um processo de *empowerment* do doente com vista à recuperação da sua autonomia.

17. Assim, todo o **processo de reabilitação** envolve, tipicamente: a avaliação anamnésica, objectiva e laboratorial com estabelecimento do **diagnóstico médico** e do **diagnóstico funcional**; o **tratamento** da patologia subjacente às incapacidades (sempre que possível); a **redução dos défices e incapacidades** por diversas técnicas terapêuticas (*e.g.*, técnicas de intervenção em MFR, agentes eletrofísicos, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicoterapia, etc.); a **redução do impacto das incapacidades na actividade** (*e.g.*, através do recurso a produtos de apoio executados por técnicos de ortoprotética); a **modificação do meio de vivência (domiciliário e/ou laboral)**, sempre que possível, com vista à facilitação da participação da vida em sociedade; a **reintegração familiar, social e laboral** (*e.g.*, com auxílio da Assistência Social); e a **prevenção e o tratamento das complicações** decorrentes da doença de base (por exemplo, de uma diabetes mellitus).

18. Ou seja, a MFR/reabilitação, como área de atividade da saúde, tem uma ação muito alargada, multidimensional e por isso de carácter

**necessariamente inclusivo, exigindo a participação de várias especialidades médicas (multidisciplinariedade) e de várias profissões técnicas da área da saúde (multiprofissionalismo).**

19. Consequente à missão, objeto e objetivos da MFR/Reabilitação, a ação do Médico especialista em MFR/Fisiatra é muito alargada e abrangente e, simultaneamente, com características de relevada especificidade – o que obriga a uma formação contínua ampliada, assim como obriga à compreensão e integração das várias dimensões de intervenção social e terapêutica.

**20. Historicamente, em Portugal a especialidade foi reconhecida legalmente como especialidade médica autónoma na década de 50 do século XX, pelo Decreto n.º 38213 de 26/3/1951, sendo à data designada por “Especialidade Médica de Fisioterapia” (a que correspondiam os “Médicos Fisioterapeutas”) (Anexo 2)**

Art. 11.º São legalmente reconhecidas as seguintes especialidades: análises clínicas, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatovenereologia, doenças tropicais, estomatologia, fisioterapia, gastro-enterologia, ginecologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, radiologia, fisiologia e urologia.

**21. Posteriormente, em 1970, pelo Decreto-Lei n.º 225/70 de 18/5/1970, passou a designar-se por “Medicina Física e de Reabilitação”, seguindo as recomendações internacionais. (Anexo 3)**

**Decreto-Lei n.º 225/70**

No artigo 26.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40 651, de 21 de Junho de 1956, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 48 687, de 28 de Setembro de 1968, fixou-se o quadro das especialidades médicas legalmente reconhecidas, entre as quais figura a especialidade denominada «fisioterapia».

Considerando que a evolução da medicina nos últimos tempos e a crescente atenção dispensada à reabilitação dos indivíduos com deficiências físicas e sensoriais criaram um ramo de medicina que vai além da simples prescrição e aplicação de terapêuticas físicas, a Ordem

dos Médicos solicitou que aquela especialidade passasse a denominar-se «medicina física e de reabilitação» e que no § 1.º do artigo 27.º do mesmo Estatuto fosse eliminada a expressão «agentes físicos».

A Junta Nacional da Educação emitiu parecer favorável à proposta da Ordem, tendo-se pronunciado no mesmo sentido o Ministério da Saúde e Assistência.

Nestes termos, ao abrigo do § único do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 40 651, de 21 de Junho de 1956;

Usando da faculdade conferida pela 1.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo único. — 1. A especialidade «fisioterapia», reconhecida pelo artigo 25.º do Estatuto da Ordem dos Mé-

dicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40 651, de 21 de Junho de 1956, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 48 587, de 23 de Setembro de 1968, passa a denominar-se «medicina física e de reabilitação».

2. É suprimida a expressão «agentes físicos» no § 1.º do artigo 27.º do Estatuto da Ordem dos Médicos.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros. — *Marcello Caetano* — *Baltasar Leite Rebelo de Sousa*.

Promulgado em 6 de Maio de 1970.

Publique-se.

Presidência da República, 18 de Maio de 1970. — *AMÉRICO DEUS RODRIGUES THOMAS*.

**22. Devido ao nome inicial da especialidade médica ter sido “Fisioterapia”, existiu e persistiu até hoje confusão entre as duas áreas profissionais. Ou seja, quando os “Médicos de Fisioterapia” transitaram a sua designação para “Médicos Especialistas em MFR”, os outrora designados “Auxiliares dos Médicos de Fisioterapia” e os recém-criados “Fisioterapeutas” apropriaram-se integralmente do termo ‘Fisioterapia’ tanto para designar a sua área de atuação técnica como a sua classe profissional técnica.**

**23. O termo “Fisioterapia” foi-se também implementando em outros países, com modelos assistenciais semelhantes ou diferentes do português, mas também designando uma área e uma classe profissional técnicas da Saúde.**

**24. Esta transição em Portugal do antigo termo utilizado pela Especialidade Médica de MFR (i.e., “Fisioterapia”) para a sua utilização pelos técnicos de saúde está primordialmente, de facto, na confusão entre a área médica da MFR e a área técnica da Fisioterapia.**

**25. Facto esse ainda hoje muitas vezes observável na população geral, que frequentemente designa o médico especialista em MFR/Fisiatra como “Médico Fisioterapeuta” ou o “Médico da Fisioterapia” ou o “Fisioterapeuta”, confundindo não só a profissão médica com a profissão técnica, como também a área de especialidade da Medicina com a área técnica da Fisioterapia.**

**26. No entanto, a distinção entre as duas é bem delimitada, transparecendo claramente no currículo académico, em que as diferenças são abissais.**

27. A Medicina Física e de Reabilitação (mas não a Fisioterapia) é reconhecida pela Ordem dos Médicos Portuguesa e pelas congéneres instituições europeias, como a UEMS e o Conselho Europeu das Ordens dos Médicos. Exige uma graduação prévia no Curso de Mestrado Integrado de Medicina, no Ensino Universitário Superior (Faculdades de Medicina), cursos com aprovação da A3ES (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior).
28. A Medicina Física e de Reabilitação como Especialidade Médica, (mas não a Fisioterapia), cumpre integralmente, no plano europeu, a formação académica preconizada pelos Art.º 24 e Art.º 25 da Diretiva Europeia 2005/36/EC. A Medicina é classificada nesta Diretiva conjuntamente com a Medicina Dentária, a Medicina Veterinária e as Ciências Farmacêuticas, mas não com a Fisioterapia. (Anexo 4)
29. A Fisioterapia é mencionada no Anexo II da respetiva Diretiva, onde se encontra associada a profissões como: Terapia Ocupacional; Terapia da Fala; Orotópica; Técnico de Radiologia; Técnico de Farmácia; Dietista; etc.

## ANNEX II

List of courses having a special structure referred to in Article 11 point (c) subparagraph (ii)

1. *Paramedical and childcare training courses*

Training for the following:

in Germany:

- paediatric nurse (Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger),
- physiotherapist (Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in) ()),
- occupational therapist/ergotherapist (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut/Ergotherapeut),
- speech therapist (Logopäde/Logopädin),
- orthoptist (Orthoptist(in)),
- State-recognised childcare worker (Staatlich anerkannte(r) Erzieher(in)),
- State-recognised remedial teacher (Staatlich anerkannte(r) Heilpädagog(e)-in),
- medical laboratory technician (medizinisch-technische(r) Laboratoriums-Assistent(in)),
- medical X-ray technician (medizinisch-technische(r) Radiologie-Assistent(in)),
- medical functional diagnostics technician (medizinisch-technische(r) Assistent(in) für Funktionsdiagnostik),
- veterinary technician (veterinärmedizinisch-technische(r) Assistent(in)),
- dietitian (Diätassistent(in)),
- pharmacy technician (Pharmazieingenieur) training received prior to 31 March 1994 in the former German Democratic Republic or in the territory of the new Länder,
- psychiatric nurse (Psychiatrische(r) Krankenschwester/Krankenpfleger),
- speech therapist (Sprachtherapeut(in));

30. Especificamente a especialidade médica 'Medicina Física e de Reabilitação' consta do Anexo V da Diretiva Europeia 2005/36/EC, dedicado às diferentes Especialidades Médicas.

31. Curiosamente, por atavismo histórico, na Hungria a especialidade médica ainda é, hoje, designada por "Fisioterapia-Médicos Fisioterapeutas" (como acontecia em Portugal até 1970), ao contrário de outros 26 países da União Europeia em que existe formalmente (como especialidade médica primária) e em que a denominação oficial oscila entre 'Medicina Física e de Reabilitação' e 'Fisiatria', tal como acontece noutros países não europeus, como nos Estados Unidos da América, na Austrália, no Brasil e no Canadá, entre muitos outros. Actualmente, apenas um país da União Europeia não tem a especialidade médica MFR, a Dinamarca, tendo os

médicos que exercem a sua atividade nesta área da saúde uma outra formação anterior à aquisição da “formação específica” em MFR.

- 32. Cumpre indicar que estamos confiantes da existência de um erro de tradução, quer na Diretiva 2005/36/CE quer na Lei n.º 9/2009, de 4 de março, que procedeu à transposição da primeira, porquanto nunca se poderá aceitar que se diga – por, simplesmente, não corresponder à realidade técnica nem científica dos termos – que a “Fisioterapia” é uma especialidade da profissão de Medicina e que é, em Portugal, comumente denominada de Fisiatria ou Medicina Física e de Reabilitação.**
33. A título de clareza, diga-se ainda que a existência/inexistência de especialidades médicas entre os vários países não é homogênea, ou seja, não é a apenas a MFR que existe numa maioria de países e não existe em um. Outras especialidades existentes formalmente em Portugal, e em muitos outros países da União Europeia e dos restantes países, também não existem formalmente numa minoria de outros países da União Europeia, como a Endocrinologia (inexistente na Bélgica, Holanda, Áustria e Eslovénia), a Gastroenterologia (inexistente da Áustria), a Cirurgia Pediátrica (inexistente na Bélgica, Dinamarca, Holanda e Eslovénia), a Cardiologia (inexistente na Áustria e na Eslovénia), a Cirurgia Vasculuar (inexistente na Irlanda, Holanda, Áustria, Suécia e Reino Unido), só para dar alguns de muitos exemplos.
34. É por isso totalmente falso o argumento de que “a inexistência da especialidade de MFR em muitos países” deve conduzir à conclusão de que possa ser substituída pela Fisioterapia. Primeiro, porque é falso que haja “muitos países” em que não exista. Segundo, porque no país, do nosso conhecimento, em que não existe, a mesma actividade é assegurada, não pela Fisioterapia, mas por Médicos com formação específica em Reabilitação.
35. Como se disse anteriormente, a confusão lexical entre MFR/Fisiatria e Fisioterapia, hoje em dia, do ponto de vista oficial europeu, “exclusivamente” húngara, tem servido muito conveniente os intentos de alguns profissionais de saúde (técnicos e não só), que imediata e publicamente tentam colar o (atual) curso técnico de Fisioterapia às competências técnico-científicas da especialidade médica Medicina Física e de Reabilitação/Fisiatria, com o intuito de criarem uma imagem pública

e junto do legislador de que (na atualidade) se trata tudo da mesma coisa, e de que a formação atual do Fisioterapeuta é igual ou sobreponível à do Médico Fisiatra.

36. Mas essa sobreposição ou equivalência são também totalmente falsas.

**37. A Portaria n.º 121/2012, de 30 de abril, estabelece qual o programa formativo da área profissional de especialização de Medicina Física e de Reabilitação, alargando-o de quatro para cinco anos. Ou seja, esses cinco anos são adicionais ao programa de seis anos de graduação no Mestrado Integrado em Medicina e de mais um ano correspondente ao Ano Comum, o que significa que o médico especialista em MFR tem obrigatoriamente um **programa formativo académico mínimo de 12 anos, e que inclui uma especialização na área de MFR mais longa que a própria Licenciatura em Fisioterapia!****

38. Os Cursos de Mestrados Integrado das Faculdades de Medicina Portuguesas integram-se no Ensino Superior Universitário (e não Politécnico) e são acreditados pela A3ES.

**39. A Licenciatura em Fisioterapia é de 4 anos, lecionada no Ensino Superior Politécnico, cujo conteúdo das Unidade Curriculares não é comparável técnica ou cientificamente com o Curso de Mestrado Integrado de Medicina (ou anteriormente ao Curso de Licenciatura em Medicina).**

**40. Existindo, sem dúvida, uma progressão evolutiva da formação pré-graduada dos cursos politécnicos de Fisioterapia, reconhecida pela comunidade médica (e nomeadamente pelos Médicos Fisiatras), importa referir que existem ainda vários cursos de Fisioterapia com atividade no nosso país em processo de acreditação preliminar pelas A3Es ou descontinuados pelas Instituições de Ensino Superior.**

41. Urge prevenir e assim evitar os perigos que podem resultar para a saúde da população, e para a justeza e correcção da legislação portuguesa, que podem ser originados pelo uso *sem propriedade* das expressões “fisioterapia”, “independência”, “autonomia” e “capacidade de diagnóstico”.

Parece-nos que há, actualmente, a tentativa de confundir conceitos, voluntariamente ou não, que poderão induzir o legislador em erro.

### III – A “Reabilitação Médica”

42. Como se disse anteriormente, a Reabilitação é uma área de atuação em Saúde, denominada no plano internacional por *Rehabilitation*, e que, em Portugal, é frequentemente também designada por ‘Medicina Física e de Reabilitação’ (portanto, não enquanto especialidade médica, mas enquanto área de atuação em saúde). Os Fisiatras são os médicos, por excelência, desta área da Saúde.

43. No *World Report on Disability* da OMS (p. 97), um documento seminal na Reabilitação em Saúde, refere-se (Anexo 5):

“Rehabilitation medicine is concerned with improving functioning through the diagnosis and treatment of health conditions, reducing impairments, and preventing or treating complications. Doctors with specific expertise in medical rehabilitation are referred to as physiatrists, rehabilitation doctors, or physical and rehabilitation specialists.”

44. A Reabilitação é definida noutro documento da OMS, *Rehabilitation: key for health in the 21st century*, como um conjunto de intervenções planeadas para otimizar a funcionalidade e reduzir as incapacidades dos doentes nas suas interações com o meio ambiente. (Anexo 6)

45. Como de esclareceu anteriormente, o **processo de reabilitação** envolve, tipicamente: a avaliação anamnésica, objectiva e laboratorial com estabelecimento do **diagnóstico médico** e do **diagnóstico funcional**; o **tratamento** da patologia subjacente às incapacidades; a **redução dos défices e incapacidades** por diversas técnicas terapêuticas (*e.g.*, técnicas de intervenção em MFR, agentes eletrofísicos, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicoterapia, etc.); a **redução do impacto das incapacidades na actividade** (*e.g.*, através do recurso a produtos de apoio executados por técnicos de ortoprotética); a **modificação do meio de vivência (domiciliário e/ou laboral)**, sempre que possível, com vista à facilitação da participação da vida em sociedade; a **reintegração familiar, social e laboral** (*e.g.*, com auxílio da Assistência Social); e a **prevenção e o tratamento das complicações** decorrentes da doença de base (por exemplo, de uma diabetes mellitus)

46. Entende-se claramente então que a Reabilitação é o produto de trabalho das Equipas de Reabilitação, de carácter multidisciplinar e multiprofissional, que são constituídas por Médicos Fisiatras (por definição e competências, o coordenador), Enfermeiros (especializados ou não em Enfermagem de reabilitação), Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Técnicos de Ortoprotética e outros agentes como Psicólogos, Assistentes Sociais e Dietistas.

**47. Nenhuma profissão pode, por si só, abranger a multidimensionalidade e complexidade que exige o processo de Reabilitação, tal como é preconizado no século XXI, pelo que é inultrapassável a necessidade de trabalho em equipa.**

48. Numa perspectiva temporal, a Reabilitação tem sido definida como um *continuum* de cuidados, pois deve ser disponibilizada e considerada a longo prazo (***Rehabilitation 2030 – A call for action Meeting Report***). (Anexo 7)

49. O modelo de cuidados de Saúde a longo prazo tem uma importância crescente à medida que a população envelhece. Embora todos os cuidados de Saúde (Promoção, Prevenção, Tratamento, Reabilitação e Palição) desempenhem um papel importante, a Reabilitação pode ser considerada como nuclear, uma vez que, ao otimizar a funcionalidade, a **população passa não só a viver mais tempo, mas a viver com qualidade.**

50. O **2015 Global Burden of Disease Study** (GBD) – a fonte mais consistente da evidência epidemiológica global, regional e nacional para todas as doenças e lesões – mostra que 74% do número total de anos vividos com deficiência (YLD – *years lived with disability*) se relaciona com patologias para as quais a Reabilitação médica é benéfica.<sup>3</sup> (Anexo 8)

51. Isto significa que a necessidade/procura global de 'Reabilitação' vai aumentar,<sup>4</sup> não só devido ao envelhecimento populacional como à maior taxa de sobrevivência a diversas lesões e doenças associadas a

---

<sup>3</sup> GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet.2016;388(10053):1545-602.

<sup>4</sup> World Health Organization, The World Bank, World Report on Disability. Geneva: WHO, 2011.

deficiência sequelar, assim como ao aumento expectável da prevalência de patologias crónicas.

52. Com o aumento previsível das necessidades de Reabilitação, é necessário pensar e implementar **os modelos que sejam mais custo-efetivos.**
53. **O modelo de prestação de cuidados de 'Reabilitação' preconizado pela iniciativa da OMS "Rehabilitation 2030 – A call for action", que representa estes ganhos de qualidade de vida e de redução de custos sociais, é o modelo das Equipas de Reabilitação multidisciplinares: "multi-disciplinary rehabilitation workforce".<sup>5</sup>**
54. Como se verá abaixo, de facto o único modelo em que a Reabilitação pode ser otimizada em termos de custo-efetividade, e sobretudo considerada numa perspetiva a longo prazo, é no modelo de Equipas de Reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais, pois apenas neste contexto pode existir resposta apropriada aos diferentes problemas que vão surgindo ao longo da *nossa* existência. **Num modelo de cuidados de reabilitação monoprofissional essa resposta ou não existe ou é ineficaz.**
55. **Economicamente as reduções dos custos para os sistemas de saúde representadas pelos programas de Reabilitação oferecidos por Equipas de Reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais podem ser especialmente marcadas a longo prazo.** O ganho de independência dos utentes e a sua "re-habilitação" para trabalhar e para desempenhar outros papéis sociais (por exemplo, voltar a estudar e empregar-se, voltar a viver sozinho sem necessidade de cuidadores), permite reduzir significativamente os gastos com os cuidados continuados e apoios pela Segurança Social, tanto directamente ao utente como aos familiares ou outros cuidadores.<sup>6</sup> (Anexo 9) Para as populações mais idosas demonstrou-se que a Reabilitação aumenta a segurança e independência, reduz o risco de queda e reduz as admissões hospitalares, com os custos daí inerentes.<sup>7</sup> (Anexo 10)

---

<sup>5</sup> *Rehabilitation: key for health in the 21st century*, p. 5.

<sup>6</sup> Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. *Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical dataset*. *BMJ Open*.2016;6(2).

<sup>7</sup> Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Avis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet*.2008;371(9614):725-35.

**56. Deve sublinhar-se que foi apenas no modelo multidisciplinar que a custo-efetividade foi demonstrada.**

57. No documento final da convenção da OMS dedicada à iniciativa *Rehabilitation 2030 – A call for action* descreve-se que a Reabilitação é uma parte essencial do *continuum* de cuidados [de saúde], conjuntamente com a Prevenção, Promoção, Tratamento e Palição, e deverá por isso ser considerada como um componente essencial **integrado** nos serviços de saúde. Aliás, a não integração nos sistemas de saúde é considerada, no mesmo documento, como uma das barreiras atuais à implementação adequada da “Reabilitação” em diversos países.<sup>8</sup>

58. Essa **integração** será, logicamente, muito mais natural, fácil e custo-efetiva se o modelo de trabalho for em equipa multidisciplinar e multiprofissional, do que num modelo independente monoprofissional. Reduzem-se, a título de exemplo, os gastos com multiplicação de “observações” (consultas dispersas no espaço e no tempo), duplicação de intervenções, perda de informação, necessidade de transportes, assim como os próprios tempos de espera são reduzidos.

#### **IV – As Equipas de Reabilitação Multidisciplinares e Multiprofissionais**

59. Na Resolução Europeia UEMS/D8908/89 advoga-se o trabalho em equipa no que concerne à Reabilitação (Anexo 10’):

**“In all integrated Rehabilitation Teams the responsibility for diagnosis and treatment can only belong to a medical practitioner competent in Rehabilitation. He or she alone can take responsibility for modifying the prescribed or alter its administration, taking account of the advice and suggestions proposed by the other members of the team, through their professional relationship with the patient, at the regular team meetings. In all cases, the final decision and responsibility rest entirely with the competent medical practitioner in medical charge.”** (“Approved unanimously by the executive committee of the UEMS, in Brussels, 28 April 1989. Approved by the General Assembly of the “Standing Committee of European Doctors”, 1990.”)

60. **O trabalho em equipa é considerado essencial, pois a Reabilitação exige um escopo muito alargado de conhecimentos e skills,** nomeadamente para: diagnosticar e avaliar as incapacidades; definir as limitações à atividade e restrições à participação; e selecionar as opções

---

<sup>8</sup> *Rehabilitation 2030 – A call for action Meeting Report*

terapêuticas. Por exemplo, o plano de reabilitação de uma dor lombar pode e deve incluir: educação sobre a sua natureza; aconselhamento sobre continuação ou não das actividades físicas e laborais habituais; medicação; fisioterapia; e, quando justificado, cirurgia. Isto exige a definição de objetivos, o planeamento do programa de reabilitação, a coordenação entre as possíveis múltiplas intervenções (*e.g.*, pedido de exames complementares, prescrição farmacológica, prescrição de fisioterapia, referenciação para outra especialidade médica), a reavaliação crítica da eficácia dessas intervenções e a passagem para outras linhas de tratamento e objetivos, de modo a responder adequadamente à saúde e défices funcionais do doente.

61. Assim, tudo o que tem sido escrito sobre **boas práticas** em Reabilitação (seja musculoesquelética, cardíaca, neurológica, respiratória, urológica, etc.), tudo o que tem sido aceite pela comunidade científica mundial de forma consensual, vai no sentido da criação de Equipas de Reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais.

62. **Estas Equipas de Reabilitação mostraram a sua superioridade em termos de resultados clínicos**, já desde há vários anos, como por exemplo nos trabalhos de: Karjalainen 2009; McAlister 2001; Griffiths 2000; Stewart 1999; Khan 2008; Powell 2002; Semylen 1998; Dalal 2015; Lacasse 2006; Scott 2013; Crowther 2001; Williams 2007; entre outros.

63. As Equipas de Reabilitação mostraram-se particularmente superiores no tratamento das doenças cerebrovasculares (como os AVC), não só com melhores resultados funcionais, como com **maiores taxas de sobrevivência**. Exemplo disso foram os resultados do ***The Stroke Unit Trialists' Collaboration***, que publicou resultados atinentes a 3249 doentes na Suécia, Finlândia, Austrália, Canadá e Reino Unido.<sup>9</sup> (Anexo 11)

64. No Documento A69/17 da World Health Assembly, com o título ***Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health***, (Anexo 12), que concerne à Reabilitação na perspectiva do envelhecimento saudável, baseada no ***World Report on Ageing and Health***, (Anexo 13) também se advoga, no ponto 54, p.14, a acção multi-setorial, dado que:

---

<sup>9</sup> Stroke Unit Trialists' Collaboration. *How do stroke units improve patient outcomes?* Stroke 1997;28:2139-44.

**"No sector alone can foster the functional ability of older people.** The ability to be mobile, for instance, is influenced directly by sectors responsible for transportation, urban planning, housing, information, health and social welfare. **Working together can have important efficiency gains,** as action in one arena may reduce the need for others. Making housing modifications or providing assistive technologies, for example, may reduce the need for long-term care."

65. Mais adiante no Documento A69/17 da World Health Assembly (ponto 57, p. 15), defende-se a atuação **integrada** da Reabilitação, de forma a aumentar a eficiência e a reduzir custos, e critica-se precisamente o modelo de "serviços" de saúde que atua de modo "independente":

**"Health systems and services that address these multidimensional needs in an integrated way have been shown to be more effective than services that simply react to specific diseases independently.** Yet many existing systems are better designed to cure acute conditions, continue to manage health issues in disconnected and fragmented ways, and lack coordination across care providers, settings and time. This results in health care and other services that not only fail to adequately meet the needs of older people but also **lead to significant and avoidable costs, both for older people and for the health system.**"

66. Confirmando esta visão, também no **Documento A69/39 da World Health Assembly, Framework on integrated, people-centred health services,** adoptado pelo *Executive Board* em janeiro de 2016, se defende, na Estratégia 4.1, *Coordination care for individuals,* que a política seja de "team-based care". (Anexo 14) Recomenda-se que:

"(...) the focus for improvement is on the delivery of care to the individual, with services coordinated around their needs and those of their families".

67. Não há, assim, espaço, na visão concertada da World Health Assembly, para modelos de cuidados de saúde monoprofissionais (entenda-se, também aqui, "independentes").

68. Também a OMS advoga (1) o modelo de Equipas de Reabilitação e (2) a liderança por um Médico Fisiatra. Atentemos nas palavras do seu documento seminal na Reabilitação Médica, **World Report on Disability,** p. 97:

"Rehabilitation medicine is concerned with improving functioning through the diagnosis and treatment of health conditions, reducing impairments, and preventing or treating complications. **Doctors with specific expertise in medical rehabilitation are referred to as physiatrists, rehabilitation doctors, or physical and rehabilitation specialists.** Medical specialists such as psychiatrists, paediatricians, geriatricians, ophthalmologists,

neurosurgeons, and orthopaedic surgeons can be involved in rehabilitation medicine, as can a broad range of therapists.

69. Mais adiante no *World Report on Disability* (p. 114) atesta-se nova e explicitamente a **preconização de equipas multidisciplinares**, que tenham um coordenador central, de forma a articular a atuação de todos os agentes nela participantes, e assim tornar este **modelo de Reabilitação no mais custo-efetivo**:

“Coordination is required to ensure the continuity of care when more than one provider is involved in rehabilitation. **The aim of coordinated rehabilitation is to improve functional outcomes and reduce costs. Evidence has shown that the provision of coordinated, multidisciplinary rehabilitation services can be effective and efficient. Multidisciplinary teams can convey many rehabilitation benefits to patients.**”

70. Da leitura deste documento deduz-se claramente que a OMS defende a existência de Equipas de Reabilitação de carácter multidisciplinar (“Medical specialists such as psychiatrists, paediatricians, geriatricians, ophthalmologists, neurosurgeons, and orthopaedic surgeons can be involved in rehabilitation medicine”) e multiprofissional (“as can a broad range of therapists”), e apenas retira do centro destas equipas o Médico Fisiatra quando, obviamente, este não existe (“where specialists in rehabilitation medicine are not available, services may be provided by [other] doctors and therapists”).

71. As equipas multidisciplinares também são preconizadas no documento **WHO Global Disability Action Plan 2014-2021**, que na sua p. 12, no tema *Proposed inputs to Member States*, inclui (Anexo 15):

“Support mechanisms to improve the continuum of care experienced by people with disability across the life course, including: discharge planning, **multidisciplinary team work**, development of referral pathways and service directories.”

72. **A evidência científica também nos prova que as Equipas de Reabilitação devem ser lideradas por um Médico Fisiatra, e devem incluir outras especialidades médicas, tipicamente no papel de consultoria** (e.g., Neurologia, Medicina Interna, Urologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Psiquiatria, etc.), assim como uma plêiade de outros profissionais: enfermeiros (se possível, com especialidade em reabilitação), terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas,

técnicos de ortoprotética, psicólogos clínicos, assistentes sociais, dietistas, entre outros.<sup>10</sup> (Anexo 16)

73. Existem situações clínicas muito específicas em que a coordenação das equipas pode ser realizada em co-coordenação entre a MFR/Fisiatria e outra especialidade médica.

74. O papel central do Médico Fisiatra nas Equipas de Reabilitação é, para além da evidência apresentada pela OMS, também claramente refletido na **Resolução Europeia UEMS/D8908/89**. Na **Declaração do Presidente da UEMS PRM Section, de 6 de novembro de 2016**, (Anexo 17), também se afirma que os Médicos Fisiatras são o elemento médico-chave para realizar o diagnóstico inicial para admissão do doente a um programa de reabilitação (quer em regime hospitalar quer em regime ambulatorio).

75. Esse mesmo papel foi reiterado pelo novo **Presidente da UEMS PRM Section, em declaração que nos foi enviada, datada de 16 de Março de 2018**. (Anexo 17')

"Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) is a basic medical specialty with biopsychosocial multimodal approach, which apart from the medical contribution, includes the prescription, cooperation and coordination of the actions of several health professions like physiotherapy, occupational therapy, clinical psychology, clinical social work, prosthetics-orthotics etc. The best possible rehabilitation results cannot be achieved with an isolated intervention of just one health profession."

76. De igual forma, o documento ***The Role and Competencies of PRM Physicians in a Multi-professional Team*** da UEMS Section of PRM é claríssimo. (Anexo 18)

77. Tal como recomendado e aplicado internacionalmente, assim se tem feito de forma exemplar em Portugal, em praticamente todos os hospitais de nível 3, em vários hospitais de outros níveis e com a criação de centros de excelência na área da Reabilitação,<sup>11</sup> como o pioneiro Centro de

<sup>10</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A. *Interdisciplinary Team Working in Physical and Rehabilitation Medicine*. J Rehab Med. 2010;42:4-8.

<sup>11</sup> Nos hospitais públicos e privados, o paradigma, que está de acordo com todas as recomendações internacionais, é a existência de um Serviço de Medicina Física e de

Medicina de Reabilitação de Alcoitão, já em 1966, assim como os mais recentes Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Centro de Reabilitação do Norte e Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

78. O investimento público e privado nas últimas décadas tem tido uma lógica baseada na evidência médica e na custo-efetividade, o que é de aplaudir, encontrando-se a Medicina Física e de Reabilitação portuguesa a par, ou até adiante, das suas congéneres internacionais. Reflexo disso é a presidência da *International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, o maior órgão mundial da Reabilitação, ser actualmente ocupada por um português (Dr. Jorge Lains).<sup>12</sup>
79. Mesmo diante de toda esta evidência, pode ainda haver quem se interrogue de qual será o profissional mais apto para coordenar a intervenção de vários médicos perante um doente (cardiologistas, internistas, reumatologistas, ortopedistas, neurologistas, neurocirurgiões, etc.), técnicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de ortoprotética, etc.) e outros agentes (psicólogos, assistentes sociais, etc.): será de facto o médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação ou outro profissional?
80. O papel central do Médico Fisiatra nas Equipas de Reabilitação é, para além da evidência apresentada pela OMS, também claramente refletido, como citado anteriormente, na **Resolução Europeia UEMS/D8908/89**:
- “In all integrated Rehabilitation Teams the responsibility for diagnosis and treatment can only belong to a **medical practitioner competent in Rehabilitation**”.
81. Na **Declaração do Presidente da UEMS PRM Section**, de 6 de novembro de 2016, afirma-se sem qualquer dúvida:
- a. “PRM is the most appropriate specialty for performing accurately the provisions of the ICF”

---

Reabilitação, no seio do qual opera uma Equipa de Reabilitação, tipicamente composta por: Médico Fisiatra (responsável pela liderança); Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; e Terapeuta da Fala. Ocasionalmente, alguns Serviços de MFR conseguem ainda incorporar outros profissionais, se houver recursos financeiros suficientes. Nos Centros de Reabilitação, as Equipas de Reabilitação incluem habitualmente também Técnicos de Ortoprotética, Dietistas, Psicólogos, Assistentes Sociais e Médicos de outras especialidades no papel de consultores.

<sup>12</sup> <http://www.isprm.org/discover/presidents-cabinet/> acedido em 30 de Novembro de 2017.

- b. **“The PRM physicians are well trained in diagnosing in detail and prescribe treatments for all kinds of disabilities or functional impairments and therefore must be the key physicians for performing the initial diagnosis either for admitting a patient to rehabilitation programme or for setting up an ambulatory care rehabilitation plan.”**

82. De igual forma, no documento ***The Role and Competencies of PRM Physicians in a Multi-professional Team*** da UEMS Section of PRM é claríssima:

- a. **“A powerful multiprofessional team is one of the most important and crucial management tools in PRM because under the right conditions *it can produce higher quality and more decisive solutions than any member could achieve alone*”;**
- b. **“UEMS PRM Section promotes and recommends this pattern of team work”;**
- c. **“PRM specialists have a crucial and creative role to play in multi-professional teams; their training and experience enables them to diagnose and assess severity of health problems, a prerequisite for safe intervention. The duration of their training is 4 to 5 years in Europe [5 em Portugal], and includes knowledge and critical analysis of evidence-based rehabilitation strategies”;**
- d. **PRM physicians are therefore well-prepared to coordinate PRM programmes, develop and evaluate new management strategies and able to take holistic view of an individual patient’s care”.**

83. **O papel central do Médico Fisiatra nas inultrapassáveis Equipas de Reabilitação multidisciplinares, tanto em contexto de internamento hospitalar como de tratamento ambulatorio, é também atestado pela evidência científica:**

**“(…) PRM specialists have a unique responsibility for providing an integrated description of an individual’s pattern of pathologies and impairments. People in whom complex problems are exerting a significant impact on functioning according to the ICF model, are best served by carefully organized PRM programmes under the direction of a specialist in PRM. This applies to both in-patient and ambulatory settings as well as to private practice.”<sup>13</sup>**

84. No documento ***The need to scale up rehabilitation*** do programa-iniciativa da OMS “Rehabilitation 2030 – A Call for Action” refere-se que nos “high-income countries” o rácio de Médicos Fisiatras por cada milhão de habitantes situa-se entre os 20 e os 30 profissionais, e que na região europeia essa rácio é de 10 para cada milhão de habitantes. (Anexo 19)

---

<sup>13</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*

85. Em Portugal existem mais de **600 Médicos Fisiatras** (não contando com os Internos de Formação Específica), o que significa que, se considerarmos uma população de 10,32 milhões, **existe atualmente um rácio superior a 58 Médicos Fisiatras para cada milhão de habitantes**, o que nos coloca no topo dos países com maior cobertura assistencial por Médicos Fisiatras (nomeadamente se ajustada a assimetria geográfica).

86. Ou seja, em Portugal a MFR tem respondido exemplarmente à necessidade de *scaling up* da Reabilitação Médica que oferece à população, tanto qualitativa como quantitativamente, e tal como é defendido pela OMS no seu programa “Rehabilitation 2030 – A Call for Action”, prevendo-se e pretendendo-se que esta resposta melhore nos próximos anos, com a especialização de mais médicos internos de MFR, com a descentralização e o exercício médico fisiátrico em vários níveis e tipologias de cuidados de saúde em Portugal.

87. Isto significa também que, por parte da Medicina Física e de Reabilitação (enquanto especialidade médica), as Equipas de Reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais não correm qualquer perigo de desagregação, nem por desacreditação pessoal (os Médicos Internos de MFR são ensinados a trabalhar em Equipa e preparados para liderar especificamente as Equipas de Reabilitação, e com conhecimento e respeito pelas competências de cada uma das classes profissionais da equipa, desde o primeiro dia de Formação Específica), nem por falta de massa crítica de recursos humanos (em rápido crescimento potencial).

#### **V – A necessidade da Medicina Física e de Reabilitação na redução de custos**

88. Como se viu *supra*, a OMS advoga a existência de Equipas de Reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais, que sejam coordenadas por um Médico Fisiatra, pois foi este o modelo que nos estudos realizados mostrou melhores resultados funcionais e, simultaneamente, redução de custos, ou seja, melhor relação de custo-efetividade, ao invés de outros modelos em que os terapeutas funcionem

de modo “independente” (monoprofissional) ou em articulação com médicos de outras especialidades.<sup>14</sup>

89. Também a UEMS concorda e na **Declaração do Presidente da PRM Section**, datada de 6 de Novembro de 2016, afirma claramente:

“The PRM physicians (...) must be the key physicians for performing initial diagnosis either admitting a patient to a rehabilitation programme or for setting up an ambulatory care rehabilitation plan. Also, they must be responsible for the decision of discharge of a patient from a rehabilitation setting or for ending up the ambulatory rehabilitation plan. **This responsibility cannot be taken by any other physician, specialised or family practitioner, because it has been proven that it costs more to the national health systems and it is not for the benefit of the patient’s health. The same can happen, if the PRM profession is overpassed and patients are sent directly to paramedical professions [por exemplo, fisioterapeutas] by family practitioners or other specialist-physicians. There are significant dangers for the health problems of a patient and his/her rehabilitation can cost more without the intervention of a PRM physician”.**

90. **O Médico Fisiatra não deve, pois, sofrer uma espécie de *bypass*, com recurso direto dos doentes às atividades paramédicas (como a Fisioterapia), nem envio direto às atividades paramédicas por *outros médicos*, pois isso aumenta comprovadamente os custos dos sistemas de saúde e representa perigos significativos para a saúde dos doentes.**

## V – O Ato Médico

91. Em Portugal ainda não existe regulamentação formal do Ato Médico. **Contudo, ao nível europeu, existe a regulamentação do Ato Médico**, que foi adoptada pelo UEMS Council em 2005, e que é disposto nos seguintes termos:

“The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, **provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities** in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is responsibility of, and **must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her supervision and/or prescription**”.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> *World Report on Disability*, p. 114.

<sup>15</sup> European Union of Medical Specialists. *European definition of the Medical Act*. UEMS 2005; 14.

92. Isto significa que, pelo menos no enquadramento europeu, todos os passos técnico-científicos dados no sentido de chegar a um diagnóstico ou determinar a melhor terapêutica e/ou plano de reabilitação de um doente, utente, grupo ou comunidade, constituem um ato médico, pelo que, por definição, são da exclusiva responsabilidade de um médico ou devem ser realizados sob supervisão e/ou prescrição médica devido à sua inerente complexidade. Logo, o *diagnóstico médico* deve subjazer a qualquer programa de Reabilitação e esse diagnóstico tem de ser estabelecido por um *médico...* assim como o entrosamento etiopatogénico da doença com os défices/incapacidades subsequentes deve ser realizado por Médico Fisiatra.<sup>16</sup>

93. Na legislação portuguesa prevê-se no n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, que (Anexo 20):

“Considera-se médico o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a protecção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde”.

94. O diagnóstico *médico* deve subjazer a qualquer programa de Reabilitação (e não o “diagnóstico em Fisioterapia”, que mais não é que uma descrição de défices no que se refere à postura e movimento, como atendido no enunciado dos Decretos-Lei n.º 564/99; e n.º 110 e 111/2017). (Anexos 21, 22 e 23)

95. Não obstante os programas de Reabilitação também se preocuparem com as incapacidades, as limitações à actividade e restrições à participação, todas as intervenções realizadas têm riscos inerentes, os quais podem ser ampliados se o diagnóstico médico subjacente, a sua gravidade e complicações potenciais não foram determinadas adequadamente.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*: “the decision to involve particular team members rests with the doctor, who also holds medico-legal responsibility for people under his/her care.”

<sup>17</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*: “every rehabilitation intervention has risks, which may be magnified if the underlying medical diagnosis, its severity and potential complications have not been properly evaluated. (...) Examples are: manipulation of the spine in someone with, for example, undiagnosed spinal malignancy or aplasia of dens axis; rotation of the hip joint after total hip replacement; massage

96. É o que acontece, por exemplo, nos recorrentes casos noticiados pelos *media* de morte ou deficiências permanentes, como tetraplegias ou paraplegias, provocadas por manipulação levadas a cabo por outros profissionais não médicos. Em nenhum dos casos noticiados ao longo dos últimos anos havia supervisão por um Médico Fisiatra.

97. Também no documento ***The Role and Competence of PRM Physicians in a Multi-professional Team*** da Section of PRM da UEMS se sublinha a importância do diagnóstico médico para a segurança do programa de reabilitação:

“PRM specialists have a crucial and creative role to play in multi-professional teams; their training and experience enables them to **diagnose and assess severity of health problems, a prerequisite for safe intervention.**”

98. Assim mesmo, é exclusiva do médico a responsabilidade perante o doente/utente/grupo/comunidade a correção do diagnóstico, terapêutica e plano de reabilitação.<sup>18</sup>

99. A definição europeia de Ato Médico foi adoptada pelo UEMS Council em 2005.

100. De modo totalmente discordante das Diretivas Europeias, assim como da própria legislação nacional (alínea g) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 564/99), os Projetos de Lei n.º 635/XIII e n.º 642/XIII afirmam taxativamente que: “[o modelo de atuação da Fisioterapia] inclui avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção, reavaliação, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde”.

101. **Ou seja, os Projetos de Lei citados pretendem decretar, sem qualquer suporte científico, nem paralelo na União Europeia (ou qualquer outro país do nosso conhecimento), que os profissionais de Fisioterapia têm competências para a realização de Atos Médicos!**

---

under the condition of anticoagulation; and attempted mobilization with artificial limbs in patients with inadequate cardiopulmonar reserve as a consequence of, say, ischaemic heart disease.”

<sup>18</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*: “the decision to involve particular team members rests with the doctor, who also holds medico-legal responsibility for people under his/her care.”

102. Na alínea g) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro, que define as profissões, e respetivo conteúdo funcional, que integram a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, é explícito que:

“Fisioterapeuta – centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.

103. Existe, pois, um desfazamento abissal entre as competências reconhecidas pela definição do Decreto-Lei n.º 564/99 e as competências que os Projetos de Lei em questão pretendem atribuir “diretamente” à profissão técnica de Fisioterapia.

104. Num documento designado como “**Final Report**”, redigido por um grupo chamado “**European Network of Physiotherapy in Higher Education**” (ENPHE), afirma-se que um fisioterapeuta com licenciatura deverá deter (Anexo 24):

*“Advanced knowledge of a field of work or study, involving a critical understanding of theories and principles” e apresentar “advanced skills, demonstrating mastery and innovation, required to solve complex and predictable problems in a specialised field of work or study”.*

105. Para além de ser notório que não existe reconhecimento alargado nem público pelas demais áreas profissionais técnicas nem científicas das qualificações que a ENPHE atribui à sua própria profissão, essas mesmas qualificações estão em gravosamente em desacordo com o que é afirmado nos Projetos de Lei n.º 635/XIII e 642/XIII em questão: “[o modelo de atuação da Fisioterapia] inclui avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção, reavaliação, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde”.

106. Em nenhum momento a ENPHE ousa referir, por exemplo, a competência para o *diagnóstico*.

107. **Pode dizer-se então que, no mínimo, esta pretensão de atribuição direta de competências técnico-científicas aos fisioterapeutas pelos Projetos de Lei n.º 635/XIII e 642/XIII vai contra: a UEMS; as Diretivas da Comissão Europeia; o regime jurídico português; e a própria ENPHE.**

108. Além de tudo isto, atualmente alguns Fisioterapeutas até já recomendam ao doente a realização de exames subsidiários de diagnóstico, como por exemplo exames imagiológicos. Outros realizam atos imagiológicos de ecografia (!), realizando cursos de formação ministrados por outros fisioterapeutas... Outros, chamados “fisioterapeutas dermatofuncionais” acreditam ter competência para o diagnóstico e tratamento de patologia dermatológica, como rosácea, acne, etc. **Na realidade é uma situação em que o ato em saúde está totalmente descontrolado!**

109. **É imperiosa uma rápida regulação por parte do Estado nesta matéria, antes que as práticas em saúde não recomendadas e sem qualquer suporte técnico-científico (i.e., as más práticas!) se tornem nas práticas usuais, com muito prováveis efeitos nocivos para o doente/utente e para a economia.**

## **VI – A argumentação do Comunicado de Imprensa da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas**

110. Num Comunicado de Imprensa da APFisio, distribuído aos Senhores Deputados da Assembleia da República, alega-se que: “como a Medicina, as Ciências Farmacêuticas, a Nutrição e a Psicologia, [a Fisioterapia] está de acordo com *The European Qualifications Framework for Life Long Learning* (EQF) da Comissão Europeia, que as classifica entre o nível 6 e 8”. Mas o que significa esta comparação?

111. Esta comparação significa única e simplesmente que na Fisioterapia se podem desenvolver Licenciaturas (nível 6), Mestrados (nível 7) e Doutoramentos (nível 8). **Nada mais!** Não significa, nem poderia significar, que todas aquelas profissões em putativa “comparação” detêm, por exemplo, o mesmo grau de complexidade ou competências técnico-científicas sobreponíveis. Acrescente-se que em Portugal o nível de Doutoramento em Fisioterapia obriga a uma dependência (no que diz respeito à orientação científica) de uma instituição do Ensino Superior Universitário, para além do Ensino Politécnico.

112. **Este argumento é, portanto, inválido e falso;** e pode gerar uma tresleitura no legislador que parece servir o intento de equiparar artificialmente uma profissão às outras em termos de complexidade técnico-científica.
113. Ainda no Comunicado de Imprensa da APFisio se refere que a Fisioterapia “não é uma profissão do domínio de execução técnica. Essa é uma visão errada e desfasada da realidade. Basta para tanto consultar a documentação da Organização Internacional do Trabalho, a Classificação Internacional das Ocupações “ISCO 08” ou, em Portugal, a Classificação Nacional das Profissões de 2010. Neste documentos os fisioterapeutas estão incluídos no grupo “Especialistas das actividades intelectuais e científicas”, no grupo 22 – Profissionais de Saúde, onde se encontram também os Médicos (...). Perante este enquadramento os fisioterapeutas não podem ser considerados apenas como técnicos qualificados”.
114. **Ora, por um lado considera a APFisio que a legislação portuguesa está errada, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, que enquadra, e a nosso ver muito bem, o Fisioterapeuta na Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica,** conjuntamente com: Técnico de análises clínicas e de saúde pública; Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; Técnico de audiologia; Técnico de cardiopneumologia; Dietista; Técnico de farmácia; Higienista oral; Técnico de medicina nuclear; Técnico de neurofisiologia; Ortoptista; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de radiologia; Técnico de radioterapia; Terapeuta da fala; Terapeuta ocupacional; e Técnico de saúde ambiental”.
115. **O Fisioterapeuta não tem, em nenhuma perspetiva, uma exigência curricular superior ou simplesmente mais longa que nenhum dos demais profissionais citados no ponto anterior, pelo que não é possível racionalizar por que razão poderia ser considerado, contra todo o bom-senso, no plano, por exemplo, do Médico, do Médico Dentista ou do Farmacêutico, como tenta fazer.**
116. Por outro lado, na citada ISCO-08, os Fisioterapeutas estão, de facto, integrados no grupo 22 “Profissionais de saúde”. Mas significa isto que a *International Labour Organization* os considera no mesmo plano epistémico e, desde logo, de competências técnico-científicas que os Médicos, os Dentistas ou os Farmacêuticos?

117. **Não!** A ISCO-08 *não* tem em consideração qualquer critério de natureza de complexidade técnico-científica. O agrupamento que faz é simplesmente em torno do conceito de profissões relacionadas com a saúde, tal como o próprio título do grupo indica: “Profissionais de saúde”.
118. Assim, também no grupo 22, conjuntamente com os Fisioterapeutas, encontramos outros “profissionais de saúde”, como: Ayurvédicos; Homeopatas; Naturopatas; Medicina Unani; Curandeiros da Aldeia; e Ervanários.
- 119. Portugal está preparado para criar uma Ordem profissional para cada um destes profissionais com base no argumento “ISCO-08”?!**
120. O argumento da APFisio de que o agrupamento no grupo 22 da ISCO-08 a põe a par com a Medicina, a Enfermagem, a Medicina Dentária, as Ciências Farmacêuticas e a Nutrição **não tem qualquer cabimento racional** e serve, uma vez mais, para tentar equiparar artificialmente as diferentes profissões, sem qualquer critério que não seja o âmbito de actividade (*i.e.*, “saúde”, que nem necessita de ser a humana).
- 121. Aliás, nas classificações ISCO-58, ISCO-68 e ISCO-88, que são as que baseiam a grande parte das classificações nacionais de profissões, os médicos aparecem classificados no índice 222 e os fisioterapeutas no grupo 322, neste último conjuntamente com: assistentes de médicos; assistentes de dentistas; assistentes de veterinários; e assistentes de farmacêuticos.<sup>19</sup>**
- 122. Esta ordenação é em tudo análoga à utilizada na Diretiva Europeia 2005/36/EC.**
123. Refere ainda o Comunicado de Imprensa da APFisio que “A Fisioterapia é uma das 5 profissões regulamentadas neste momento relativamente à Carteira Profissional Europeia (...) reconhecendo já desta forma a transversalidade e consenso em torno da definição do corpo de competências e qualificações desta profissão no espaço europeu.”

---

<sup>19</sup> <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/> acedido em 26 de Novembro de 2017.

124. É verdade que a Fisioterapia, à semelhança dos Mediadores Imobiliários e dos Guias de Montanha (!), é uma das cinco profissões regulamentadas pela Carteira Profissional Europeia. Mas o que é que isso significa?
125. Isso mais não significa que a obtenção do reconhecimento das qualificações profissionais noutra país da União Europeia se pode fazer de modo eletrónico, desde que cumpridos os critérios próprios!
126. Não se compreende a afirmação da APFisio de como a Carteira Profissional Europeia, que mais não é que uma mera simplificação de procedimentos administrativos, pode levar àquelas “conclusões” acerca das suas competências... resultando mais uma vez no que parece ser uma tentativa retórica de confundir o legislador e provavelmente outros fisioterapeutas.
127. Se consenso existe em relação às competências técnico-científicas da Fisioterapia, está bem espelhado nos seguintes factos:
- a. Na vasta maioria dos países europeus não existe Ordem dos Fisioterapeutas;
  - b. Na vasta maioria dos países europeus a “independência” dos fisioterapeutas relativamente às Equipas de Reabilitação não é reconhecida como boas práticas; e não se confunde “independência” com “autonomia técnica”.
128. A APFisio cita (apenas) 3 países como possuidores de Ordem dos Fisioterapeutas (Espanha, França e Itália), se bem que, na verdade, em França não exista uma Ordem profissional propriamente dita, mas uma Associação privada na qual o Estado delegou alguns poderes.
129. Mas se o critério é quantitativo, então contra os 3 países citados pela APFisio, somos obrigados a citar os restantes 25 países da União Europeia, em que não existe Ordem dos Fisioterapeutas, por se considerar que tal é **inadequado e um dispêndio inútil de recursos financeiros**. Damos apenas alguns exemplos: **Alemanha, Áustria, Bélgica, Finlândia, Holanda, Irlanda, Reino Unido e Suécia**. Neste países prevalecem modelos assistenciais em que também é reconhecida, tal como em Portugal, a autonomia técnica dos Fisioterapeutas, mas que cada vez mais se baseiam nas orientações das entidades internacionais competentes e **defendem as Equipas de Reabilitação multiprofissionais e multidisciplinares/interdisciplinares, com coordenação médica**.

130. A este propósito, e usando o próprio exemplo da França aventado pela APFisio, refira-se que o **Code de la Santé Publique** classifica os fisioterapeutas (designados por “Masseur kinésithérapeute”) como Auxiliares Médicos (“**Auxiliaires médicaux**”).

131. Aliás, a regulamentação francesa é particularmente representativa do exposto neste documento ao determinar, no artigo L4321-1r:

“Lorsqu’il agit dans un but thérapeutique, **le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale** et peut adapter, **sauf indication contraire du médecin**, dans le cadre d’un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d’actes de masso-kinésithérapie datant de moins d’un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, **sauf indication contraire du médecin**, les dispositifs médicaux nécessaires à l’exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l’Académie nationale de médecine.”<sup>20</sup>

132. Diz ainda a APFisio que a *European Skills, Competences, Qualifications and Occupations* definiu “Fisioterapia” como uma profissão “autónoma” de saúde.

133. Apesar da ambiguidade do termo “autónoma” neste contexto, deduz-se que a APFisio leia qualquer coisa como “independente” (de outros profissionais em todos os sentidos), **apesar de no texto não haver nenhum passo em que se integre o conceito de “independência”, explícita ou implicitamente.**<sup>21</sup>

“Physiotherapy involves specific interventions to individuals and populations where movement and function are, or may be, threatened by illness, ageing, injury, pain, disability, disease, disorder or environmental factors. Such interventions are designed and prescribed to develop, restore and maintain optimal health.”

134. Novamente, na definição da *European Skills, Competences, Qualifications and Occupations* não há qualquer concordância com a definição dada nos Projetos de Lei 635/XIII ou 642/XIII: “[o modelo de atuação da Fisioterapia] inclui avaliação, diagnóstico, planeamento,

---

<sup>20</sup> Legislação consultada em

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689301&dateTexte=&categorieLien=cid> no dia 18 de Março de 2018.

<sup>21</sup> [https://www.erwcpt.eu/eu\\_and\\_advocacy/esco](https://www.erwcpt.eu/eu_and_advocacy/esco) acedido em 26 de Novembro de 2017.

intervenção, reavaliação, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde”.

135. Na verdade, a Fisioterapia já goza de autonomia, reconhecida no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 564/99:

“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.**”

136. Além disso, **têm a sua própria hierarquia, a sua própria coordenação e subcoordenação, as suas próprias avaliações realizadas interpares, os seus próprios concursos com júris por si definidos,** entre outras coisas, tudo isto constando do mesmo Decreto-Lei n.º 564/99, e nos recentes Decreto-Lei n.ºs 110 e 111 de 2017, de 31 de Agosto, e em harmonia com a inexistência bilateral de prejuízo pelo trabalho em Equipas de Reabilitação.

137. Não se entende pois a exigência de uma “autonomia” que já lhe é reconhecida há 19 anos...

138. De referir que neste Decreto-Lei estão reunidas 18 profissões técnicas da saúde, com conteúdos funcionais e perfis profissionais distintos, algumas ligadas aos processos de diagnóstico e outras aos processos de terapêutica em Saúde (sob prescrição, supervisão, coordenação e/ou responsabilidade médicas). Ou seja, existem Técnicos de Diagnóstico e Técnicos de Terapêutica, que no seu conjunto se designam por “Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica”. Existem Técnicos que realizam exames que auxiliam no diagnóstico clínico médico (Técnico de Diagnóstico e não de Terapêutica), assim como outros executam intervenções terapêuticas e não diagnósticos clínicos (Técnico de Terapêutica e não de Diagnóstico Clínico, e onde se incluem os fisioterapeutas). **Não deve ser a designação global de um grupo profissional (que inclui dois tipos de intervenção técnica supervisionada e/ou coordenada por médico), ser apropriada na sua globalidade pelos diferentes tipos de Técnico. Senão os Técnicos de Radiologia/ Imagiologia (Técnicos de Diagnóstico) também se poderiam intitular “Técnicos de Terapêutica”.**

139. Por tudo isto, não colhe também o argumento que resulta da tresleitura que a APFisio faz do acordo (*Memorandum of Understanding*) que cita entre o Standing Committee of European Doctors e a European Region – World Confederation for Physical Therapy.

- a. *Quanto à forma* – Segundo a APFisio, na frase “the partners commit to safeguarding the independence of their professions for the benefit of patient safety and quality of healthcare”, a expressão “safeguarding” traduz-se por “reconhecem”, o que não será a tradução mais apropriada...
- b. *Quanto ao espírito* – O que este documento parece querer acordar, embora seja manifestamente dúbio, é que os elementos das Equipas de Reabilitação (e por isso a assinatura é conjunta por duas instâncias profissionais) se comprometem a salvaguardar a independência da sua atuação *conjunta* em relação a outros agentes dos sistemas de saúde (ou seja, comprometem-se a salvaguardar a independência das *Equipas de Reabilitação*), e não a independência da atuação de cada um dos agentes das Equipas de Reabilitação em relação aos outros, o que seria **contraditório nos termos** (não existem ‘equipas’ em que cada membro trabalhe de forma ‘independente’).
- c. Só assim se pode interpretar, dada a afirmação introdutória “ER-WCPT and CPME **commit to working in partnership and co-operation**” e umas linhas depois já se fale em “professional autonomy” (e não em independência).

140. A pedido, **o próprio Presidente da CPME esclareceu o *Memorandum***, referindo precisamente que a Reabilitação deve ser um trabalho em equipa, com a necessidade da supervisão médica fisiátrica. E que qualquer outro modelo aumenta os custos em Reabilitação e, por inerência, aumenta os custos dos sistemas nacionais de saúde. (Anexo 25)

“The above document was discussed several times by the Executive Committee of UEMS and recently during the UEMS Council in Brussels (20-22/10/2016) in the presence of the representatives of all the European national medical associations and of all the specialties’ Sections. The president of UEMS informed us that during a direct communication with the president of CPME, who signed the Memorandum, the contents of this document were discussed, asking him the purpose of signing such a Memorandum and the explanation of some crucial sentences included in the Memorandum. The CPME president stated that the synthesis of the Memorandum was asked and done by the physiotherapists. He couldn’t imagine that this document was going to be used by them in several EU states, with a request from NHS the physiotherapists to accept directly patients by-passing the medical profession and the necessary medical differential diagnosis. **The expression of recognising the independence of the physiotherapists’ profession by the medical profession was for the stage after the medical diagnosis of a problem and refers to fields where the physiotherapists are competent for treatments. The differential diagnosis is the responsibility of the medical**

profession worldwide and protects the patients from malpractices. Furthermore, if the differential diagnosis concerns a kind of disability for an inpatient or outpatient which needs rehabilitation programme, the physiotherapists have to participate to the rehabilitation team, under the leading of a physician and especially of a Physical and Rehabilitation Medicine specialist. (...) Any other approach increases the costs of the rehabilitation process and not the opposite, as maybe the physiotherapists like to state. The expression in the MoU of the principle of medical neutrality in this case is extended up to the mutual understanding and cooperation among the medical profession and the several paramedical professions. It cannot exceed situations that put in danger the patients' safety, which is another very significant principle practiced and protected by the medical profession. Therefore, the aim of MoU was signed to prove the good will for cooperation between the two professions and not to put in danger the patients' safety. **This has to be considered very seriously by the several national health systems in European Union, which of course control the economics of the health systems and the protection of the patients as well**".

141. Mas, mesmo que se considerasse desordenadamente que autonomia se refere a uma espécie de irrestrita liberdade profissional, a "independência" numa aceção errónea, também nesse sentido a Fisioterapia portuguesa é já autónoma (ou "independente") na sua atividade nos chamados Gabinetes de Fisioterapia e noutras atividades não convencionadas, nas quais a Lei não exige, contra as boas práticas, o trabalho em Equipa de Reabilitação com a correspondente prescrição e supervisão médica.

142. Não obstante a pretensa "legalidade" dessas práticas, elas não estão de acordo com o preconizado pela OMS, com a evidência científica nem, no sistema jurídico português, pelo exigido pelo **Manual de Boas Práticas da MFR**, publicado no **Aviso n.º 9448/2002 de 29 de Agosto (Anexo 26)**:

"Os técnicos colaboradores [das Unidades de Medicina Física e de Reabilitação] são fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e ortoprotésicos que **actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação**".

**143. Nem estão em acordo com o exigido pelos Decretos-Lei 564/99 e pelos Decretos-Lei nos. 110 e 111/2017.**

144. Ou seja, nem a definição da ENPHE, nem a da ESCO, nem a dos Decretos-Lei n.º 564/99, n.º 110/2017 e n.º 111/2017 subjazem à definição constante nos Projetos de Lei n.º 635/XIII e n.º 642/XIII!

145. Numa declaração do **Conselho Europeu das Ordens Médicas**, de 08 de Dezembro de 2017, é referido que (Anexo 27):

"The European Council of Medical Orders (CEOM), meeting in Paris, supports its participating organization, the Portuguese Medical Association in declaring: that the recognition of **the activity of the physiotherapist as a profession in the area of health care can never lose sight of the fact that the diagnosis and referral for treatment of physiotherapy is exclusively a medical decision. If the medical diagnosis establishes the existence of a disease that needs a rehabilitation program, the physical activity of the physiotherapist is carried out in the context of his participation in the multidisciplinary team, but under the supervision of a physician.** The CEOM supports the unity and integrity of the medical profession in Portugal and of its institutional representation through its regulatory organs and medical Councils and refuses any measure which aim is to divide the profession and break with the common principles and values for all the doctors and the patients".

146. Atentando ainda no passo citado infra dos Projetos de Lei, para quem redigiu estes Projetos de Lei não parece haver, na realidade, qualquer utilidade na existência de médicos, nem de outros profissionais de saúde (incluindo os da área da Reabilitação), dado que os fisioterapeutas, a julgar pelas qualidades que lhes atribui, conseguem realizar todas as intervenções (e os atos que as antecedem) sozinhos. Se a actividade dos fisioterapeutas inclui a "avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção, reavaliação, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde" que espaço ou reconhecimento para a atuação em equipa com outros profissionais, com os seus saberes teóricos e práticos, alguns muito mais específicos, resta?!

147. Além disso, o segundo parágrafo do aprovado Projeto de Lei n.º 635/XIII inicia-se pela jaculatória "A Fisioterapia é mundialmente reconhecida como uma parte essencial do sistema de prestação de cuidados de saúde", para iniciar o terceiro parágrafo com a afirmação de sentido totalmente contrário "Os fisioterapeutas podem assim exercer a sua actividade *independentemente de outros profissionais de saúde...*". Afinal: são uma parte dos serviços de saúde (intercomplementares) ou são independentes?!

148. Ou seja, confunde-se (voluntariamente?) o conceito de autonomia técnica com o de trabalho independente.

149. Por outro lado, parece escusar os fisioterapeutas do modelo de trabalho intercomplementar em Equipa de Reabilitação, que é o modelo com melhor perfil de custo-efetividade, é o modelo previsto no Decreto-Lei 564/99, no *Manual de Boas Práticas de MFR* e na Portaria 1212/2010, e é ainda o modelo preconizado pela OMS e pela UEMS, como visto à exaustão.

150. Mais, as qualidades atribuídas pelo Projecto de Lei n.º 635/XIII aos fisioterapeutas são bem sublinhadas no passo ambíguo “a sua atuação ultrapassa largamente o âmbito da reabilitação”, querendo centrá-los na prevenção e promoção da saúde, tratamento e/ou palição, factos que na realidade são reconhecidos não só no âmbito técnico das competências dos fisioterapeutas, mas também, e até mais especificamente, no âmbito de outras classes profissionais, como os médicos (fisiatras), os enfermeiros (de reabilitação), os terapeutas da fala, os terapeutas ocupacionais e outros.

151. Diz ainda o Decreto de Lei n.º 635/XIII que “Hoje em dia, os Fisioterapeutas encontram-se enquadrados, em termos de direito público, na Carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (...) com paralelismo a outras carreiras na área da saúde (Médica e Enfermagem)”.

152. **E daí parece estabelecer-se confusamente que, se são carreiras paralelas, então têm as mesmas competências técnico-científicas,** ignorando que não se está a falar de similares ou idênticos conhecimentos, habilitações, experiência adquirida e demonstrada em contexto de conteúdo técnico-científico. Mais uma vez se tenta equipar a Fisioterapia à Medicina administrativamente...

153. Tal como referido anteriormente, os *Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*, termo guarda-chuva, existem para auxiliarem os médicos a estabelecer o diagnóstico e a aplicar as terapêuticas prescritas. **Não existem para os substituírem.** Por exemplo, o Técnico de Radiologia recolhe o radiograma e o Médico Radiologista faz o diagnóstico. É nessa acepção que se considera tratar-se de um “técnico de diagnóstico”. Do mesmo modo, também os Técnicos de Neurofisiologia medem velocidades de condução nervosa, mas cabe ao Médico (com competência em Neurofisiologista reconhecida pela Ordem dos Médicos) interpretá-las no contexto do doente, criticá-las e estabelecer o diagnóstico clínico. Quanto à dimensão da terapêutica temos, para facilitar o exemplo, os Técnicos de Radioterapia. Após o estabelecimento do diagnóstico oncológico e decisão do tratamento pelo Médico, os Técnicos de Radioterapia aplicam as sessões de terapêutica rádica. **De modo análogo, os Fisioterapeutas também não estabelecem “diagnósticos”, apesar de alguns o afirmarem.<sup>22</sup> Os Fisioterapeutas**

---

<sup>22</sup> O chamado “diagnóstico em Fisioterapia” mais não é que a descrição das limitações funcionais e incapacidades. Essa descrição das limitações à funcionalidade e incapacidade é já ela realizada pelo Médico Fisiatra, mas de forma mais eficaz, pois procede ao entrosamento etiológico/etiopatogénico global, conseguindo compreender a causa da doença que provoca deficiência, assim como permite estabelecer os prognósticos funcional e vital.

**existem para aplicar fisioterapia, que é um conjunto de técnicas terapêuticas baseadas em princípios físicos, sobretudo do movimento.** Por isso mesmo, tratam-se de “técnicos de terapêutica” – aplicam a terapêutica física decidida e prescrita pelo Médico Fisiatra, após estabelecimento por este do diagnóstico clínico e funcional, da avaliação da limitação de funcionalidade e determinação das incapacidades e dos níveis de atividade e participação. Deve salvaguardar-se que a actividade do Médico Fisiatra, quando e sempre que justificado, *deve* acolher as observações emitidas pela equipa técnica (incluindo os Fisioterapeutas) e enquadrá-las na actividade global da Equipa de Reabilitação, pois é isso mesmo que significa trabalhar em equipa.

154. Como é reconhecido e recomendado pela UEMS e pela OMS, cabe ao médico fisiatra fazer o entrosamento da Classificação Internacional de Doenças com a Classificação Internacional de Funcionalidades para estabelecer um programa de reabilitação, que será aplicado por uma Equipa de Reabilitação.

155. Afirma-se ainda no Projeto de Lei que “(...) estando [o fisioterapeuta] dotado tecnicamente da capacidade de iniciar um processo e de o conduzir até ao fim na sua área de intervenção através da determinação da alta da fisioterapia e/ou do encaminhamento para outros profissionais”.

156. Neste passo parece que:

- a. A Fisioterapia se quer estabelecer como que uma “espécie de especialidade médica”, pois que usa uma definição das suas competências que vai buscar ao Ato Médico europeu, o que é falso, pois trata-se de uma área profissional técnica que não detém as competências técnico-científicas ou de qualquer outra natureza para se equiparar a uma especialidade médica, como demonstrado à exaustão.
- b. A Fisioterapia pretende estabelecer uma relação epistemológica de igualdade com “outros profissionais”, que se supõe serem, entre outros, os Médicos, o que é falso, dada as diferenças de currículo académico, experiência e competências clínicas entre as duas áreas, como já demonstrado à exaustão.
- c. A Fisioterapia pretende ter competência para “dar alta” aos doentes, o que choca frontalmente com a UEMS, tal como

veiculado na Declaração do *President of the UEMS PRM Section*, datada de 6 de Novembro de 2016:

**"The PRM physicians (...) must be responsible for the decision of discharge of a patient from a rehabilitation setting or for ending up the ambulatory rehabilitation plan. This responsibility cannot be taken by any other physician, specialised or family practitioner, because it has been proven that it costs more to the national health systems and it is not for the benefit of the patient's health".**

- d. **A "alta" pressupõe o estabelecimento de um estado de saúde, não só baseado nas incapacidades e na sua potencial evolução, mas também no *diagnóstico e no prognóstico médicos*, que são da exclusiva competência dos médicos.**
- e. Não se pode assim aceitar como boa prática, em qualquer perspetiva, que a Fisioterapia tenha competência para dar "alta" a um doente, assim como o reencaminhamento para "outros profissionais de saúde"...

## **VII – O Regime Jurídico de Criação de Associações Públicas Profissionais (RJAPP)**

157. As associações públicas e profissionais são entidades públicas de estrutura associativa representativas de profissões que devem ser sujeitas, cumulativamente, ao controlo do respetivo acesso e exercício, à elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas específicos e a um regime disciplinar autónomo, por imperativo de tutela do interesse público prosseguido.

158. A sua constituição tem carácter excecional, apenas podendo ter lugar quando:

- a. Vise a tutela de um interesse público de especial relevo que o Estado não possa assegurar diretamente;
- b. Seja adequada, necessária e proporcional para tutelar os bens jurídicos a proteger; e
- c. Respeite apenas a profissões que, por imperativo da tutela do interesse público que se visa proteger, devam ser sujeitas:
  - i. Ao controlo do respetivo acesso e exercício;

- ii. À elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas *específicos*;
  - iii. A um regime disciplinar autónomo.
- d. A constituição de novas associações públicas profissionais sempre terá de ser precedida de, por um lado, estudo elaborado por entidade independente sobre as exigências e o cumprimento dos requisitos previstos no RJAPP, bem como sobre o seu impacto na regulação da profissão em causa e, por outro, da audição das associações representativas da profissão e submissão a consulta pública.
- e. O projeto de diploma de criação de um associação pública profissional deve, ainda, ser acompanhado de uma nota justificativa da necessidade da sua constituição.

159. Ora, quanto aos Projetos de Lei em apreço, desde logo se afigura que:

- a. O Projeto de Lei n.º 635/XIII apresentado pelo Partido Socialista é **absolutamente omisso** quanto à existência de um estudo independente que sustente a referida pretensão.
- b. O Projeto de Lei n.º 642/XIII faz referência a um estudo<sup>23</sup> datado de 2008 sem que, contudo, se faça sequer alusão ao específico cumprimento das exigências previstas no Art.º 3.º, n.º 1 da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

160. Assim, a legalidade das iniciativas em apreço parece, logo à nascença, não respeitar as exigências dos diplomas anteriormente dimanados da Assembleia da República, **pelo que não deverá subsistir**.

161. Por outro lado, importa ter em consideração que não fica demonstrada, nem sequer alegada

- a. **A existência de interesse público de especial relevo;**

---

<sup>23</sup> Estudo esse que nos parece, no mínimo, tendencioso. Para além de ter sido elaborado pela Universidade Lusófona, que não tem qualquer experiência académica na área da Reabilitação, parece limitar-se a enunciar a cartilha de argumentos da APFisio, sem fazer qualquer contraditório, nunca mencionando, por exemplo quaisquer dos documentos citados aqui da OMS ou da UEMS, e mais usando frases de pouca cientificidade e indicadoras de duvidosa independência, como "a fisioterapia é aplicada desde o início do mundo"...

- b. **Que o Estado não possa assegurar a sua tutela diretamente, como acontece à data, sem qualquer perigo para a saúde pública.**

162. Convoca-se aqui a absoluta excecionalidade da criação de associações públicas profissionais – que se parece querer banalizar – com consequências que se entende não terem sido sopesadas: n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

163. **Importa, uma vez mais, e por tudo já mostrado extensamente *supra*, que a profissão de fisioterapeuta é sobretudo técnica, não se vislumbrando quaisquer razões que possa estar na base da delegação de atribuições que pertence ao Estado – em violação do disposto no artigo 264.º da Constituição da República Portuguesa.**

164. As iniciativas legislativas de que trata este documento criam assim um espectro de particular alarme e preocupação, conquanto sejam confrontadas com a recentíssima aprovação e respetiva promulgação dos Decretos-Lei n.º 110/2017 e n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto, nos quais se estabelece, respetivamente, por um lado, o regime legal da carreira aplicável aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e, por outro lado, o regime legal da carreira especial de técnicos superior de diagnóstico e terapêutica e os requisitos de habilitação profissional.

#### **VIII – O Decreto-Lei n.º 111/2017**

165. O Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, procede à revogação do Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro. Nos termos da alínea g) do n.º1 do artigo 5.º do diploma revogado, referia-se o seguinte:

“Fisioterapeuta – centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.

166. A referida caracterização irá ser substituída, conforme resulta do n.º 4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, por diploma próprio a aprovar no prazo de 90 dias contados após a entrada em vigor do referido Decreto-lei. Assim, até 1 de dezembro deveria ter ficado definida a nova caracterização funcional da profissão de fisioterapeuta.

167. Sendo certo que os fisioterapeutas possuem as competências descritas pelo Decreto-Lei n.º 564/99, **com esta tentativa disfarçada de atribuição de competências por Decreto *de novo* à sua profissão (nomeadamente também em Decreto a ser redigido na especificidade para a profissão de fisioterapeutas e decorrentes dos DL nos. 110 e 111/2017), e conseqüente falsa equiparação à profissão médica, mormente ao especialista em Medicina Física e de Reabilitação/Fisiatra, existe o perigo real de que as Equipas de Reabilitação sofram uma desagregação em todos os sistemas de saúde portugueses.**

168. Se lido em âmbito generalista e global, a Fisioterapia passaria a poder, com o aval do Estado, mas contra a evidência científica, contra as recomendações para a Reabilitação da OMS e da UEMS, e até contra a própria legislação portuguesa em vigor, a “tratar” doentes com ou sem um qualquer diagnóstico médico subjacente, com ou sem qualquer integração com as outras áreas técnicas do espectro da Reabilitação, e com ou sem qualquer articulação com a Medicina Física e de Reabilitação (referida como especialidade médica)!

**169. A distinção entre a especialidade médica de Medicina Física e de Reabilitação/Fisioterapia e o curso técnico de Fisioterapia não se materializa numa simples *nuance* terminológica, mas antes numa intransponível *summa divisio* que, se violada, acarretará muito graves conseqüências para os doentes.**

#### **VIII – A regulação do sector da Medicina Física e de Reabilitação (Reabilitação Médica ou Reabilitação na área de atividade em Saúde) em Portugal**

170. O único argumento razoável para o estabelecimento de uma Ordem dos Fisioterapeutas é a putativa necessidade de regulação do sector. Mas é, também este, um argumento insuficiente, **pois o sector já está regulado pelo Estado, não obstante essa regulação possa ser melhorada.**

171. A **Portaria n.º 1212/2010**, de 30 de Novembro, já regula a atividade das Unidades Privadas de Medicina Física e de Reabilitação, através do estabelecimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da sua da atividade técnico-científica.

172. O **Decreto-Lei n.º 127/2014**, de 22 de Agosto, estende o regime de verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou entidade titular de exploração, incluindo os estabelecimentos do setor privado de prestação de serviços de saúde (complementar ao Serviço Nacional de Saúde), os do setor cooperativo, os detidos por instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e os das instituições do SNS.

173. A **Portaria n.º 121/2012**, de 30 de abril, estabelece qual o programa formativo da área profissional de especialização de Medicina Física e de Reabilitação. Como já se viu, o percurso académico de um médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação é de, no mínimo, 12 anos (incluindo uma especialização mais longa que a própria Licenciatura em Fisioterapia).

174. O **Aviso n.º 9448/2002**, de 29 de Agosto, aprova o **Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação**. Neste Manual é exigido do Diretor Clínico, que será “um médico fisiatra especialista pela Ordem dos Médicos”, entre muitos outros deveres, os seguintes: “Verificar que cada valência de diagnóstico e/ou terapêutica é realizada por pessoa com qualificação adequada”;<sup>24</sup> “Estabelecer os objectivos e programa de acção delineados para cada colaborador”;<sup>25</sup> “Promover a produtividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática”; “Zelar pela actualização das técnicas utilizadas, promovendo as iniciativas aconselháveis para a valorização, aperfeiçoamento e formação profissional do pessoal em serviço”. Neste Manual encontramos ainda o equipamento específico que deverá ser utilizado, as nomenclaturas a utilizar (nomeadamente Classificação Internacional de Doenças e Classificação Internacional de Funcionalidades), indicações sobre instalações e procedimentos operativos, indicações sobre processo clínico e avaliação dos doentes, garantia de qualidade (actualmente a

---

<sup>24</sup> O que pressupõe que é responsabilidade do Diretor Clínico que a terapia seja aplicada por profissional idóneo, incluindo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e terapeuta da fala.

<sup>25</sup> Incluindo: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala.

cabo da Entidade Reguladora da Saúde), instruções sobre organização e funcionamento das piscinas e tanques terapêuticos, entre outros.

175. No n.º 3 do Art.º 9 do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto, regista-se que “O médico (...) coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.”

176. Também o **Código Deontológico da Ordem dos Médicos** prevê e obriga o médico na sua relação com outros profissionais em equipa:

- a. Art.º 34 n.º 1: “**O médico é responsável pelos seus atos e pelos praticados por profissionais sob a sua orientação, desde que estes não se afastem das suas instruções, nem excedam os limites da sua competência**”.
- b. Art.º 146 n.º 1: “O médico, nas suas relações com os seus colaboradores não médicos, deve observar uma conduta de perfeita cooperação, de mútuo respeito e confiança, inculcando nos seus doentes idênticas atitudes”.
- c. Art.º 146 n.º 2: “O médico deve assumir a responsabilidade dos atos praticados pelos seus auxiliares desde que ajam no exato cumprimento das suas diretivas, nos termos do Art.º 34”.
- d. Art.º 147 n.º 1: “A profissão médica deve ser sinérgica com todas as profissões da área da saúde na procura dos melhores resultados para o doente, pelo que é recomendável a relação franca e leal, **respeitando os limites de atuação de cada uma**”.
- e. Art.º 150: “O médico não deve incumbir quaisquer profissionais de saúde de serviços ou tarefas que excedam os limites da sua competência”.
- f. Art.º 151: “O médico não deve permitir que os seus colaboradores não-médicos prestem aos doentes serviços da sua competência que não tenha prescrito”.

177. E ainda foi recentemente publicada a **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Cuidados Hospitalares de MFR**, datada de 28/2/2017.

178. Há, portanto, uma extensa regulação deste sector da saúde corporalizado pela designação de MFR/Reabilitação, no qual se subintegra a Fisioterapia.

179. Existem simultaneamente os ditos “Gabinetes de Fisioterapia” (monoprofissionais), que são de obrigatória inscrição na Entidade Reguladora da Saúde (e que, como se não bastasse, **não são sujeitos às estritas condições de licenciamento das Unidades Privadas de Saúde de MFR** (multiprofissionais).
180. Nesses “Gabinetes de Fisioterapia”, os fisioterapeutas já podem trabalhar de forma dita “independente”, pois não é necessária legalmente qualquer supervisão ou prescrição médica, podendo ou não existir uma referenciação e um qualquer diagnóstico ou (muitas vezes) uma simples informação clínica... Não deve aqui ser confundida os atos de designação de um diagnóstico ou de uma informação clínica e de referenciação por um qualquer médico (incluindo os de qualquer outra especialidade que não de Medicina Física e de Reabilitação), com a supervisão, a coordenação ou a prescrição médicas. Esta situação contraria todas as recomendações, diretivas e normativas legais internacionais (por exemplo da OMS e da Secção de MFR da UEMS) bem como nacionais. Nos Gabinetes de Fisioterapia, os fisioterapeutas podem realizar os atos terapêuticos que entenderem, nomeadamente quando apenas recebem um diagnóstico ou informação clínica ou uma mera referenciação para “fisioterapia”, sem qualquer supervisão, debaixo de uma capa “legal” criada pela Entidade Reguladora da Saúde. **Em caso da existência de algum efeito lateral ou intercorrência secundária à intervenção terapêutica realizada pelo técnico nos gabinetes, de quem é a responsabilidade civil (profissional)? Do técnico que executa ou do médico (frequentemente não Fisiatra) que referencia para o técnico? Ou dos dois? (Atendendo que mesmo que seja apenas o médico aceite como responsável, existe o “Direito de Retorno” do primeiro em relação ao técnico, como executante.) Impõe-se aqui uma melhor regulação por parte do Estado (e dos seus organismos competentes).**
181. Por outro lado, a atividade profissional da Fisioterapia consta nas Finanças; os fisioterapeutas podem passar recibos verdes e fazer “domicílios”, onde também são totalmente “livres” para fazerem o que entenderem e decidirem, novamente com a condição suficiente, pelo menos para um subsistema de saúde, de terem uma carta de referenciação com diagnóstico e prescrição de códigos terapêuticos de MFR (como no caso do Regime Livre da ADSE), realizada por um *qualquer* médico. Aqui novamente é necessária uma melhor regulação por parte do Estado.

182. Até no próprio Comunicado da Imprensa da APFisio se lê “a profissão está regulamentada desde 1999, sendo que o uso desse título está sujeito à posse de uma cédula profissional emitida pelo Ministério da Saúde” e mais à frente, no ponto 6, “Em Portugal (...) os fisioterapeutas são profissionais a que os utentes têm acesso direto, e com quem contratualizam a prestação de cuidados”!

183. Porquê então a necessidade de patrocínio do Estado a uma Ordem profissional totalmente desnecessária, que já é regulada por si? Para aumentar uma potencial e provável desregulação?

184. Na verdade, o que a Fisioterapia agora parece pretender, sob o pretexto de constituição de uma Ordem, é não necessitar de trabalhar em equipa, **mas com o patrocínio do SNS, dos subsistemas de saúde e das seguradoras!**

#### **IX – As más práticas correntes**

185. Ouve-se também, de alguns médicos, que contactam diretamente os fisioterapeutas de sua “confiança”, enviando-lhes doentes sem a observação prévia de um médico fisiatra, para realizarem um programa de reabilitação. “Já é o que se faz”, dizem.

186. Pode ser “o que se faz”, **mas não são boas práticas**. Na era da “Medicina baseada na evidência”, e a semântica do termo anglo-saxónico “evidence” é a de “prova”, não podemos aceitar uma “medicina” baseada em meras opiniões, que contrariam a “boas práticas clínicas” ou a *legis artis*.

187. A Medicina Física e de Reabilitação (Reabilitação), à semelhança das outras práticas médicas, tem de se enquadrar nos preceitos éticos e deontológicos, na melhor defesa do interesse do doente e do interesse público.

#### **X – Conclusão**

188. Tudo o que é *legis artis* em **Reabilitação Médica**, considerada cientificamente e reconhecida pela OMS, UEMS e demais comunidade científica nacional e internacional, e tudo o que tem sido política de saúde em Portugal nas últimas décadas, é diretamente contrariado com este documento.
189. Parece, na realidade, tentados a atribuir uma série de competências técnico-científicas por “decreto” e a declarar, contra toda a evidência, a “independência” da Fisioterapia (um profissão técnica) de outras profissões.
190. **De novo se reafirma que não se nega a esta classe profissional as competências próprias e enquadradas na sua formação académica técnica pré-graduada, e todas as competências técnicas aprofundadas nas formações técnicas pós-graduadas, mas não se podem defender “novas” competências de forma absolutamente desarticulada e “independentista” dos restantes participantes do(s) Sistema(s) e do Serviço Nacional de Saúde, assim como equiparação de funções, carreiras e de profissões!**
191. O que naturalmente resultará deste diploma é um divisionismo no Sistema e mais propriamente no Serviço Nacional de Saúde português, entre a Fisioterapia e as outras profissões, nomeadamente a Medicina, a Enfermagem, a Terapia Ocupacional, a Terapia da Fala, a Assistência Social e a Psicologia. Uma espécie de “**fisioexit**”.
192. Na verdade, **o que a Fisioterapia agora parece pretender é não necessitar de trabalhar em equipa, talvez só em centros de reabilitação muito especializados e para um nicho muito específico de doentes, podendo fazê-lo ou não (dependendo da sua vontade e opinião próprias), mas com o patrocínio do SNS e das seguradoras!** O que aumenta a gravidade da ação de apoio a esta missiva, que se correlaciona, como demonstrado exaustivamente, com um apoio a más práticas em Saúde.
193. Por outras palavras, quer declarar a “independência” das outras profissões, nomeadamente das Equipas de Reabilitação, “virando as costas” aos demais agentes, e declarar por “Decreto”/Projeto-Lei” que, isto sim, são boas práticas, contra tudo o que é consensual na literatura internacional e tão bem veiculado pela OMS e UEMS.

194. Como será de esperar, isto não só terá um impacto negativo na saúde dos portugueses, como também nas contas do Estado! Quem vai controlar?:

- a. Que o diagnóstico médico está correto e as sessões de fisioterapia que estão a ser participadas não são desnecessárias, são desadequadas ou prolongadas para além do tempo expectável?
- b. Que as terapêuticas implementadas são as mais custo-efectivas?
- c. Que alguns fisioterapeutas não solicitem exames complementares totalmente desnecessários ao médico assistente do doente (Medicina Geral e Familiar), o qual, encontrando-se muitas vezes pouco familiarizado com o tipo de patologia/limitação funcional e incapacidade, julgue de facto necessário pedi-los? Ou aos subsistemas?
- d. Que os profissionais de fisioterapia não realizem ecografias ou terapêuticas de qualidade (muito) duvidosa a doentes? <sup>26</sup>

195. Muitos outros pontos que gerarão gastos desnecessários no Orçamento da Saúde poderiam ser identificados, mas é precisamente por tudo isto que **múltiplos estudos afirmam taxativamente que as Equipas de Reabilitação, para além de mais eficazes em termos de resultados clínicos (sobrevida, funcionalidade e qualidade de vida), reduzem custos: ou seja, são custo-efetivas.**

196. Assim, os recentes Projetos de Lei para criação da "Ordem dos Fisioterapeutas", incluindo o aprovado na generalidade Projecto de Lei n.º 635/XIII, não têm qualquer fundamento académico, não têm fundamento social, não têm fundamento legal nas Diretrizes Europeias ou no regime jurídico português, não têm fundamento financeiro-económico e sobretudo não têm qualquer fundamento técnico-científico, pelo que a sua aprovação na especialidade será perniciosa à saúde da população, consolidará más-práticas e consumirá recursos preciosos que serão

---

<sup>26</sup> Actualmente, os fisioterapeutas realizam ecografia de partes moles aos doentes (após formações dadas por outros fisioterapeutas...), no sentido de realizar "diagnósticos" médicos. Não só realizam uma técnica para a qual não detêm conhecimento nem competências, como amiúde associam essa ecografia a técnicas invasivas (com a introdução *profunda* de agulhas, não se sabe em que condições de segurança para o utente), como acontece com a técnica designada vulgarmente por "EPI" – técnica invasiva com microcorrente elétrica.

desviados de áreas com reconhecida excelência técnica e muito favorável relação custo-efetividade.

**Pedem os 5158 signatários aos Excelentíssimos Senhores Deputados da Comissão Parlamentar do Trabalho e da Segurança Social que não deem prosseguimento à iniciativa legislativa consubstanciada no Projeto de Lei n.º 635/XIII e no Projeto de Lei n.º 642/XIII, travando-a aquando da sua discussão na especialidade, pois só assim se prosseguirá o interesse público, consubstanciado na qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde à população portuguesa.**

Lisboa, 18 de Março de 2018

1.º signatário:

Alexandre André Gaspar de Camões Barbosa, médico fisiatra, cédula profissional n.º 45313 da Ordem dos Médicos

2.º signatário:

José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães, médico uroloicista. cédula profissional n.º 31852 da Ordem dos Médicos,

## RESUMO EXECUTIVO

### I – Introdução

Os Projeto de Lei n.ºs 635/XIII e 642/XIII são verdadeiros lobos com peles de cordeiro. Ambos pretendem criar uma “Ordem dos Fisioterapeutas”, mas na verdade escondem intenções divisionistas no seio do Serviço Nacional de Saúde e nos sistemas, subsistemas e instituições privadas de saúde. Têm a pretensão de lançar uma base legal para uma auto-regulamentação do trabalho dos fisioterapeutas, mas também, e de forma meio manifesta meio escondida, pretendem iniciar uma deriva divisionista entre os vários intervenientes das equipas multidisciplinares e multiprofissionais de Reabilitação, conduzindo irresponsavelmente à sua desagregação, abandonando assim o que são consideradas as práticas de excelência em Reabilitação no século XXI, e aquelas que demonstraram melhor perfil de custo-efetividade.

A classe profissional médica, e em particular os médicos especialistas em Medicina Física e de Reabilitação (MFR)<sup>1</sup>, não nega à classe profissional dos fisioterapeutas as suas competências próprias, devidamente enquadradas na sua formação técnica pré-graduada, e o aprofundamento das competências técnicas prévias através de formações pós-graduadas. Mas não podem defender “novas” competências técnicas (isto é, não derivadas da formação pré- ou pós-graduada), e ainda por cima de forma absolutamente desarticulada e “independentista” dos restantes agentes do Sistema e do Serviço Nacional de Saúde, assim como não podem defender um processo que vise, sem qualquer sustentação, a equiparação de funções, carreiras e de profissões!

**Isso iria contra tudo o que são: (1) as evidências científicas; (2) as formações curriculares académicas; (3) as boas práticas em MFR como área da Saúde; e (4) as diretivas e normativas nacionais e internacionais, que incluem instituições como a OMS (Organização Mundial de Saúde), a UEMS (União Europeia de Médicos Especialistas), o Conselho Europeu das Ordens Médicas, o Conselho Nacional das Ordens Profissionais e a Direção da Secção de MFR da UEMS (*PRM Section Board*).**

### II – A especialidade médica ‘Medicina Física e de Reabilitação’

A Medicina Física e de Reabilitação é uma especialidade médica, embora a expressão também possa ser usada em Portugal para designar, *lato sensu*, toda uma área de atividade em Saúde (nesta acepção também é comum usar-se a expressão mais sucinta “Reabilitação” plasmada do inglês *Rehabilitation*).

---

<sup>1</sup> Também designados por ‘fisiatras’.

A MFR, enquanto especialidade médica, existe em Portugal e na vasta maioria dos países desenvolvidos. Está definida e regulamentada nacional e internacionalmente (incluída na Ordem dos Médicos Portuguesa, Conselho Europeu das Ordens Médicas e União Europeia dos Médicos Especialistas – UEMS). O *Field of Competence* é baseado no currículo de educação e treino definido pelo *European Board for PRM*,<sup>2</sup> e em Portugal está estipulado pela Portaria n.º 121/2012, de 30 de abril.<sup>3</sup> Cumpre integralmente a formação académica preconizada pelos Art.º 24 e Art.º 25 da Diretiva Europeia 2005/36/EC, constando, por isso mesmo, no Anexo V dessa mesma Diretiva, que elenca as especialidades médicas existentes na UE.

**Historicamente, em Portugal foi reconhecida legalmente como especialidade médica autónoma na década de 50 do século XX, pelo Decreto n.º 38213 de 26/3/1951, sendo à data designada por “Especialidade Médica de Fisioterapia” (a que correspondiam os “Médicos Fisioterapeutas”). Posteriormente, em 1970, pelo Decreto-Lei n.º 225/70 de 18/5/1970, passou a designar-se por “Medicina Física e de Reabilitação”, seguindo as recomendações internacionais. Devido ao nome inicial da especialidade médica ter sido “Fisioterapia”, existiu e persistiu até hoje confusão entre as duas áreas profissionais. Ou seja, quando os “Médicos de Fisioterapia” transitaram a sua designação para “Médicos Especialistas em MFR”, os outrora designados “Auxiliares dos Médicos de Fisioterapia” e os recém-criados “Fisioterapeutas” apropriaram-se integralmente do termo ‘Fisioterapia’ tanto para designar a sua área de atuação técnica como a sua classe profissional técnica.**

**Esta transição em Portugal do antigo termo utilizado pela Especialidade Médica de MFR (i.e., “Fisioterapia”) para a sua utilização pelos técnicos de saúde está primordialmente, de facto, na confusão entre a área médica da MFR e a área técnica da Fisioterapia. A confusão lexical entre MFR/Fisiatria e Fisioterapia tem servido muito conveniente os intentos de alguns profissionais de saúde, que imediata e publicamente tentam uma colagem do actual curso técnico de Fisioterapia às competências técnico-científicas da especialidade médica MFR, com o intuito de criarem uma imagem pública e junto do legislador (como aparenta ser o caso destes PL) de que se trata tudo da mesma coisa, e de que a formação atual do**

---

<sup>2</sup> Disponível em [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org). (PRM ou *Physical and Rehabilitation Medicine* = Medicina Física e de Reabilitação).

<sup>3</sup> A Portaria n.º 121/2012, de 30 de abril, estabelece o programa formativo da área profissional de especialização de MFR, alargando-o de cinco para seis anos. Ou seja, esses seis anos são adicionais ao programa de seis anos de graduação no Mestrado Integrado em Medicina, o que significa que o médico especialista em MFR tem obrigatoriamente um programa formativo académico mínimo de 12 anos, e que inclui uma especialização na área de MFR mais longa que a própria Licenciatura em Fisioterapia!

Fisioterapeuta é igual ou sobreponível à do Médico Fisiatra. Mas essa equiparação é totalmente falsa!

**A Licenciatura em Fisioterapia é de 4 anos, lecionada no Ensino Superior Politécnico**, cujo conteúdo das Unidades Curriculares não é comparável técnica ou cientificamente com o Curso de Mestrado Integrado de Medicina.

### III – A ‘Reabilitação Médica’

O **processo de reabilitação** envolve, tipicamente: a avaliação anamnésica, objectiva e laboratorial com estabelecimento do **diagnóstico médico** e do **diagnóstico funcional**; o **tratamento** da patologia subjacente às incapacidades; a **redução dos défices e incapacidades** por diversas técnicas terapêuticas (*e.g.*, técnicas de intervenção por médico fisiatra, agentes eletrofísicos, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicoterapia, etc.); a **redução do impacto das incapacidades na actividade** (*e.g.*, através do recurso a produtos de apoio executados por técnicos de ortoprotética); a **modificação do meio de vivência (domiciliário e/ou laboral)**, sempre que possível, com vista à facilitação da participação da vida em sociedade; a **reintegração familiar, social e laboral** (*e.g.*, com auxílio da Assistência Social); e a **prevenção e o tratamento das complicações** decorrentes da doença de base (por exemplo, de uma diabetes mellitus).

Devido à sua complexidades e multidimensionalidade, a Reabilitação é o produto de trabalho das equipas de reabilitação, que têm carácter, por isso mesmo, carácter multidisciplinar e multiprofissional: são constituídas por médicos fisiatras (por definição e competências, o coordenador), enfermeiros (especializados ou não em reabilitação), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de ortoprotética e outros agentes como psicólogos, assistentes sociais e dietistas.

Reflectindo isso mesmo, a Resolução Europeia UEMS/D8908/89, também aprovada pelo Standing Committee of European Doctors, preconiza o trabalho em equipa na Reabilitação, assim como a World Health Assembly (documentos A69/17, pp. 14-5, versão original; e A69/39, estratégia 4.1) e a OMS (*World Report on Disability*, pp. 97 e 114, versão original; *Global Disability Action Plan 2014-2021*, p.12, versão original; *Rehabilitation 2030 – a call for action - Rehabilitation: key for health in the 21st century*, p. 5, versão original; *World Report on Ageing and Health*).

**Nenhuma profissão pode, por si só, abranger a multidimensionalidade e complexidade que exige o processo de Reabilitação, tal como é preconizado no século XXI, pelo que é inultrapassável a necessidade de trabalho em equipa. De modo contrário, os PL incorrem numa**

**espécie de falácia do “espantalho”, confundindo o todo que é a Reabilitação com uma das suas partes (a fisioterapia), aparentemente com o intuito a atribuir a esta área técnicas competências técnico-científicas que correspondem a um conjunto de outros profissionais (os múltiplos agentes das equipas de reabilitação).**

**O 2015 Global Burden of Disease Study (GBD) – a fonte mais consistente da evidência epidemiológica global, regional e nacional para todas as doenças e lesões – mostra que 74% do número total de anos vividos com deficiência (YLD – *years lived with disability*) se relaciona com patologias para as quais a Reabilitação médica é benéfica.<sup>4</sup> Isto significa que a necessidade/procura global de ‘Reabilitação’ vai aumentar,<sup>5</sup> não só devido ao envelhecimento populacional como à maior taxa de sobrevivência a diversas lesões e doenças associadas a deficiência sequelar, assim como ao aumento expectável da prevalência de patologias crónicas. Com o aumento previsível das necessidades de Reabilitação, é necessário pensar e implementar os modelos que sejam mais custo-efetivos.**

**O modelo de prestação de cuidados de ‘Reabilitação’ preconizado pela iniciativa da OMS “Rehabilitation 2030 – A call for action”, que representa ganhos de qualidade de vida e de redução de custos sociais, é o modelo das Equipas de Reabilitação multidisciplinares: “multi-disciplinary rehabilitation workforce”.<sup>6</sup> Economicamente as reduções dos custos para os sistemas de saúde representadas pelos programas de Reabilitação oferecidos por equipas de reabilitação multidisciplinares e multiprofissionais podem ser especialmente marcadas a longo prazo. O ganho de independência dos utentes e a sua “re-habilitação” para trabalhar e para desempenhar outros papéis sociais (por exemplo, voltar a estudar e empregar-se, voltar a viver sozinho sem necessidade de cuidadores), permite reduzir significativamente os gastos com os cuidados continuados e apoios pela Segurança Social, tanto directamente ao utente como aos familiares ou outros cuidadores.<sup>7</sup> Para as populações mais idosas demonstrou-se que a Reabilitação aumenta a segurança e independência, reduz o risco de queda e reduz as admissões hospitalares, com os custos daí inerentes.<sup>8</sup>**

---

<sup>4</sup> GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet.2016;388(10053):1545-602.

<sup>5</sup> World Health Organization, The World Bank, World Report on Disability. Geneva: WHO, 2011.

<sup>6</sup> *Rehabilitation: key for health in the 21st century*, p. 5.

<sup>7</sup> Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. *Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical dataset*. BMJ Open.2016;6(2).

<sup>8</sup> Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Avis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*. Lancet.2008;371(9614):725-35.

**Num modelo de cuidados de reabilitação “monoprofissional”, como tentam estabelecer os PL, essa resposta ou não existe ou é ineficaz!**

#### **IV – O papel do médico fisiatra**

O papel central do médico fisiatra nas inultrapassáveis Equipas de Reabilitação multidisciplinares, tanto em contexto de internamento hospitalar como de tratamento ambulatorio, é também atestado pela evidência científica:

“(…) PRM specialists have a unique responsibility for providing an integrated description of an individual’s pattern of pathologies and impairments. People in whom complex problems are exerting a significant impact on functioning according to the ICF model, **are best served by carefully organized PRM programmes under the direction of a specialist in PRM. This applies to both in-patient and ambulatory settings as well as to private practice.**”<sup>9</sup>

No documento ***The need to scale up rehabilitation*** do programa-iniciativa da OMS “Rehabilitation 2030 – A Call for Action” refere-se que nos “high-income countries” o rácio de Médicos Fisiatras por cada milhão de habitantes situa-se entre os 20 e os 30 profissionais, e que na região europeia essa rácio é de 10 para cada milhão de habitantes. Em Portugal existem mais de **600 Médicos Fisiatras** (não contando com os Internos de Formação Especifica), o que significa que, se considerarmos uma população de 10,32 milhões, **existe atualmente um rácio superior a 58 Médicos Fisiatras para cada milhão de habitantes**, o que nos coloca no topo dos países com maior cobertura assistencial por médicos fisiatras (nomeadamente se ajustada a assimetria geográfica). **Ou seja, em Portugal a MFR tem respondido exemplarmente à necessidade de *scaling up* da Reabilitação Médica que oferece à população, tanto qualitativa como quantitativamente.**

Na **Declaração do Presidente da PRM Section da UEMS**, datada de 6 de Novembro de 2016, afirma-se claramente:

“The PRM physicians (...) must be the key physicians for performing initial diagnosis either admitting a patient to a rehabilitation programme or for setting up an ambulatory care rehabilitation plan. Also, they must be responsible for the decision of discharge of a patient from a rehabilitation setting or for ending up the ambulatory rehabilitation plan. **This responsibility cannot be taken by any other physician, specialised or family practitioner, because it has been proven that it costs more to the national health systems and it is not for the benefit of the patient’s**

---

<sup>9</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*

**health. The same can happen, if the PRM profession is overpassed and patients are sent directly to paramedical professions [por exemplo, fisioterapeutas] by family practitioners or other specialist-physicians. There are significant dangers for the health problems of a patient and his/her rehabilitation can cost more without the intervention of a PRM physician”.**

O médico fisiatra não deve, pois, sofrer uma espécie de *bypass*, com recurso direto dos doentes às atividades paramédicas (como a fisioterapia), nem envio direto às atividades paramédicas por *outros médicos*, pois isso aumenta comprovadamente os custos dos sistemas de saúde e representa perigos significativos para a saúde dos doentes.

## **V – O Ato Médico**

Em Portugal ainda não existe regulamentação formal do Ato Médico. **Contudo, ao nível europeu, existe a regulamentação do Ato Médico**, que foi adoptada pelo UEMS Council em 2005, e que é disposto nos seguintes termos:

“The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, **provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities** in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is responsibility of, and **must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her supervision and/or prescription**”.<sup>10</sup>

**O diagnóstico médico deve subjazer a qualquer programa de Reabilitação** (e não o “diagnóstico em Fisioterapia”, que mais não é que uma descrição de défices no que se refere à postura e movimento, como atendido no enunciado dos **Decretos-Lei n.º 564/99; e n.ºs 110 e 111/2017**). No documento ***The Role and Competence of PRM Physicians in a Multi-professional Team*** da Section of PRM da UEMS sublinha-se a importância do diagnóstico médico para a segurança do programa de reabilitação:

“PRM specialists have a crucial and creative role to play in multi-professional teams; their training and experience enables them to **diagnose and assess severity of health problems, a prerequisite for safe intervention.**”

---

<sup>10</sup> European Union of Medical Specialists. *European definition of the Medical Act*. UEMS 2005; 14.

Assim mesmo, é exclusiva do médico a responsabilidade perante o doente/utente/grupo/comunidade a correção do diagnóstico, terapêutica e plano de reabilitação.<sup>11</sup>

De modo totalmente discordante das Diretivas Europeias, assim como da própria legislação nacional (alínea g) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 564/99), os PL n.º 635/XIII e n.º 642/XIII afirmam taxativamente que: “[o modelo de atuação da Fisioterapia] inclui avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção, reavaliação, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde”.

**Na alínea g) do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro, que define as profissões, e respetivo conteúdo funcional, que integram a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, é explícito que:**

“Fisioterapeuta – centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.

**Existe, pois, um desfasamento abissal entre as competências reconhecidas pela definição do Decreto-Lei n.º 564/99 e as competências que os Projetos de Lei em questão pretendem atribuir “diretamente” à profissão técnica de Fisioterapia.**

Além de tudo isto, atualmente alguns Fisioterapeutas até já recomendam ao doente a realização de exames subsidiários de diagnóstico, como por exemplo exames imagiológicos. Outros realizam atos imagiológicos de ecografia (!), realizando cursos de formação ministrados por outros fisioterapeutas... Outros, chamados “fisioterapeutas dermatofuncionais” acreditam ter competência para o diagnóstico e tratamento de patologia dermatológica, como rosácea, acne, etc. **Na realidade é uma situação em que o ato em saúde está totalmente descontrolado!**

**É imperiosa uma rápida regulação por parte do Estado nesta matéria, antes que as práticas em saúde não recomendadas e sem qualquer suporte técnico-científico (i.e., as más práticas!) se tornem nas práticas**

---

<sup>11</sup> Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A, *op. cit.*: “the decision to involve particular team members rests with the doctor, who also holds medico-legal responsibility for people under his/her care.”

**usuais, com muito prováveis efeitos nocivos para o doente/utente e para a economia.**

## **VI – A argumentação do Comunicado de Imprensa da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas**

Num Comunicado de Imprensa da APFisio, distribuído aos Senhores Deputados da Assembleia da República, alega-se que: “como a Medicina, as Ciências Farmacêuticas, a Nutrição e a Psicologia, [a Fisioterapia] está de acordo com *The European Qualifications Framework for Life Long Learning* (EQF) da Comissão Europeia, que as classifica entre o nível 6 e 8”. Mas o que significa esta comparação?

Esta comparação significa única e simplesmente que na Fisioterapia se podem desenvolver Licenciaturas (nível 6), Mestrados (nível 7) e Doutoramentos (nível 8). **Nada mais!** Não significa, nem poderia significar, que todas aquelas profissões em putativa “comparação” detêm, por exemplo, o mesmo grau de complexidade ou competências técnico-científicas sobreponíveis. **Este argumento é, portanto, inválido e falso;** e pode gerar uma tresleitura no legislador que parece servir o intento de equiparar artificialmente uma profissão às outras em termos de complexidade técnico-científica.

Ainda no Comunicado de Imprensa da APFisio se refere que a Fisioterapia “não é uma profissão do domínio de execução técnica. Essa é uma visão errada e desfasada da realidade. Basta para tanto consultar a documentação da Organização Internacional do Trabalho, a Classificação Internacional das Ocupações “ISCO 08” ou, em Portugal, a Classificação Nacional das Profissões de 2010. Neste documentos os fisioterapeutas estão incluídos no grupo “Especialistas das actividades intelectuais e científicas”, no grupo 22 – Profissionais de Saúde, onde se encontram também os Médicos (...). Perante este enquadramento os fisioterapeutas não podem ser considerados apenas como técnicos qualificados”.

**Ora, por um lado considera a APFisio que a legislação portuguesa está errada, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 564/99 que enquadra, e a nosso ver muito bem, o Fisioterapeuta na Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica,** conjuntamente com: Técnico de análises clínicas e de saúde pública; Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; Técnico de audiologia; Técnico de cardiopneumologia; Dietista; Técnico de farmácia; Higienista oral; Técnico de medicina nuclear; Técnico de neurofisiologia; Ortoptista; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de radiologia; Técnico de radioterapia; Terapeuta da fala; Terapeuta ocupacional; e Técnico de saúde ambiental”.

**O Fisioterapeuta não tem, em nenhuma perspetiva, uma exigência curricular superior ou simplesmente mais longa que nenhum dos demais profissionais citados no ponto anterior, pelo que não é possível racionalizar por que razão poderia ser considerado, contra todo o bom-senso, no plano, por exemplo, do Médico, do Médico Dentista ou do Farmacêutico, como tenta fazer.**

Por outro lado, na citada ISCO-08, os Fisioterapeutas estão, de facto, integrados no grupo 22 “Profissionais de saúde”. Mas significa isto que a *International Labour Organization* os considera no mesmo plano epistémico e, desde logo, de competências técnico-científicas que os Médicos, os Dentistas ou os Farmacêuticos?

**Não!** A ISCO-08 *não* tem em consideração qualquer critério de natureza de complexidade técnico-científica. O agrupamento que faz é simplesmente em torno do conceito de profissões relacionadas com a saúde, tal como o próprio título do grupo indica: “Profissionais de saúde”. Assim, também no grupo 22, conjuntamente com os Fisioterapeutas, encontramos outros “profissionais de saúde”, como: Ayurvédicos; Homeopatas; Naturopatas; Medicina Unani; Curandeiros da Aldeia; e Ervanários. **Portugal está preparado para criar uma Ordem profissional para cada um destes profissionais com base no argumento “ISCO-08”?! O argumento da APFisio de que o agrupamento no grupo 22 da ISCO-08 a põe a par com a Medicina, a Enfermagem, a Medicina Dentária, as Ciências Farmacêuticas e a Nutrição não tem qualquer cabimento racional** e serve, uma vez mais, para tentar equiparar artificialmente as diferentes profissões, sem qualquer critério que não seja o âmbito de actividade (*i.e.*, “saúde”, que nem necessita de ser a humana).

**Aliás, nas classificações ISCO-58, ISCO-68 e ISCO-88, que são as que baseiam a grande parte das classificações nacionais de profissões, os médicos aparecem classificados no índice 222 e os fisioterapeutas no grupo 322, neste último conjuntamente com: assistentes de médicos; assistentes de dentistas; assistentes de veterinários; e assistentes de farmacêuticos.<sup>12</sup> Esta ordenação é em tudo análoga à utilizada na Diretiva Europeia 2005/36/EC.**

Refere ainda o Comunicado de Imprensa da APFisio que “A Fisioterapia é uma das 5 profissões regulamentadas neste momento relativamente à Carteira Profissional Europeia (...) reconhecendo já desta forma a transversalidade e consenso em torno da definição do corpo de competências e qualificações desta profissão no espaço europeu.”

---

<sup>12</sup> <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/> acedido em 26 de Novembro de 2017.

É verdade que a Fisioterapia, à semelhança dos Mediadores Imobiliários e dos Guias de Montanha (!), é uma das cinco profissões regulamentadas pela Carteira Profissional Europeia. Mas o que é que isso significa?

Isso mais não significa que a obtenção do reconhecimento das qualificações profissionais noutra país da União Europeia se pode fazer de modo eletrónico, desde que cumpridos os critérios próprios! Não se compreende a afirmação da APFisio de como a Carteira Profissional Europeia, que mais não é que uma mera simplificação de procedimentos administrativos, pode levar àquelas “conclusões” acerca das suas competências... resultando mais uma vez no que parece ser uma tentativa retórica de confundir o legislador e provavelmente outros fisioterapeutas.

Se consenso existe em relação às competências técnico-científicas da Fisioterapia, está bem espelhado nos seguintes factos:

- a. Na vasta maioria dos países europeus não existe Ordem dos Fisioterapeutas;
- b. Na vasta maioria dos países europeus a “independência” dos fisioterapeutas relativamente às Equipas de Reabilitação não é reconhecida como boas práticas; e não se confunde “independência” com “autonomia técnica”.

A APFisio cita (apenas) 3 países como possuidores de Ordem dos Fisioterapeutas (Espanha, França e Itália), se bem que, na verdade, em França não exista uma Ordem profissional propriamente dita, mas uma Associação privada na qual o Estado delegou alguns poderes. Mas se o critério é quantitativo, então contra os 3 países citados pela APFisio, somos obrigados a citar os restantes 25 países da União Europeia, em que não existe Ordem dos Fisioterapeutas, por se considerar que tal é **inadequado e um dispêndio inútil de recursos financeiros**.

A este propósito, e usando o próprio exemplo da França aventado pela APFisio, refira-se que o ***Code de la Santé Publique*** classifica os fisioterapeutas (designados por “Masseur kinésithérapeute”) como Auxiliares Médicos (“***Auxiliaires médicaux***”). Aliás, a regulamentação francesa é particularmente representativa do exposto neste documento ao determinar, no artigo L4321-1r:

“Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces

dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.”<sup>13</sup>

Diz ainda a APFisio que a *European Skills, Competences, Qualifications and Occupations* definiu “Fisioterapia” como uma profissão “autónoma” de saúde, embora não se encontre nada que se assemelhe a tal afirmação se lermos de facto a referida definição...

“Physiotherapy involves specific interventions to individuals and populations where movement and function are, or may be, threatened by illness, ageing, injury, pain, disability, disease, disorder or environmental factors. Such interventions are designed and prescribed to develop, restore and maintain optimal health.”<sup>14</sup>

Na verdade, a Fisioterapia **já** goza de autonomia, reconhecida no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 564/99:

“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.**”

Além disso, **têm a sua própria hierarquia, a sua própria coordenação e subcoordenação, as suas próprias avaliações realizadas interpares, os seus próprios concursos com júris por si definidos**, entre outras coisas, tudo isto constando do mesmo Decreto-Lei n.º 564/99, e nos recentes Decreto-Lei n.ºs 110 e 111 de 2017, de 31 de Agosto, e em harmonia com a inexistência bilateral de prejuízo pelo trabalho em Equipas de Reabilitação.

Não se entende pois a exigência de uma “autonomia” que já lhe é reconhecida há 19 anos...

Por tudo isto, não colhe também o argumento que resulta da tresleitura que a APFisio faz do acordo (*Memorandum of Understanding*) que cita entre o Standing Committee of European Doctors e a European Region – World Confederation for Physical Therapy.

- a. *Quanto à forma* – Segundo a APFisio, na frase “the partners commit to safeguarding the independence of their professions for the benefit of patient safety and quality of healthcare”, a

---

<sup>13</sup> Legislação consultada em

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689301&dateTexte=&categorieLien=cid> no dia 18 de Março de 2018.

<sup>14</sup> [https://www.erwcpt.eu/eu\\_and\\_advocacy/esco](https://www.erwcpt.eu/eu_and_advocacy/esco) acedido em 26 de Novembro de 2017.

expressão “safeguarding” traduz-se por “reconhecem”, o que não será a tradução mais apropriada...

- b. *Quanto ao espírito* – O que este documento parece querer acordar, embora seja manifestamente dúbio, é que os elementos das Equipas de Reabilitação (e por isso a assinatura é conjunta por duas instâncias profissionais) se comprometem a salvaguardar a independência da sua atuação *conjunta* em relação a outros agentes dos sistemas de saúde (ou seja, comprometem-se a salvaguardar a independência das *Equipas de Reabilitação*), e não a independência da atuação de cada um dos agentes das Equipas de Reabilitação em relação aos outros, o que seria **contraditório nos termos** (não existem ‘equipas’ em que cada membro trabalhe de forma ‘independente’).

A pedido, o próprio Presidente da CPME esclareceu o *Memorandum*, referindo precisamente que a Reabilitação deve ser um trabalho em equipa, com a necessidade da supervisão médica fisiátrica. E que qualquer outro modelo aumenta os custos em Reabilitação e, por inerência, aumenta os custos dos sistemas nacionais de saúde.

## VII – O papel dos técnicos de diagnóstico e terapêutica

Os técnicos de diagnóstico e terapêutica, termo guarda-chuva, existem para auxiliarem os médicos a estabelecer o diagnóstico e a aplicar as terapêuticas prescritas. Não existem para os substituírem. Por exemplo, o Técnico de Radiologia recolhe o radiograma e o Médico Radiologista faz o diagnóstico. É nessa acepção que se considera tratar-se de um “técnico de diagnóstico”. Do mesmo modo, também os Técnicos de Neurofisiologia medem velocidades de condução nervosa, mas cabe ao Médico (com competência em Neurofisiologista reconhecida pela Ordem dos Médicos) interpretá-las no contexto do doente, criticá-las e estabelecer o diagnóstico clínico. Quanto à dimensão da terapêutica temos, para facilitar o exemplo, os Técnicos de Radioterapia. Após o estabelecimento do diagnóstico oncológico e decisão do tratamento pelo Médico, os Técnicos de Radioterapia aplicam as sessões de terapêutica rádica. **De modo análogo, os Fisioterapeutas também não estabelecem “diagnósticos”, apesar de alguns o afirmarem.**<sup>15</sup> **Os Fisioterapeutas existem para aplicar fisioterapia, que é um conjunto de técnicas terapêuticas baseadas em princípios físicos, sobretudo do movimento.** Por isso mesmo, tratam-se de “técnicos de terapêutica” – aplicam a terapêutica física decidida e prescrita pelo Médico

---

<sup>15</sup> O chamado “diagnóstico em Fisioterapia” mais não é que a descrição das limitações funcionais e incapacidades. Essa descrição das limitações à funcionalidade e incapacidade é já ela realizada pelo Médico Fisiatra, mas de forma mais eficaz, pois procede ao entrosamento etiológico/etiopatogénico global, conseguindo compreender a causa da doença que provoca deficiência, assim como permite estabelecer os prognósticos funcional e vital.

Fisiatra, após estabelecimento por este do diagnóstico clínico e funcional, da avaliação da limitação de funcionalidade e determinação das incapacidades e dos níveis de atividade e participação. Deve salvaguardar-se que a actividade do Médico Fisiatra, quando e sempre que justificado, *deve* acolher as observações emitidas pela equipa técnica (incluindo os Fisioterapeutas) e enquadrá-las na actividade global da Equipa de Reabilitação, pois é isso mesmo que significa trabalhar em equipa.

Afirma-se nos Projetos de Lei que:

“A identidade da intervenção do fisioterapeuta reside um corpo de saberes próprio...” **o que é falso**. O corpo de saberes da intervenção do fisioterapeuta é o da Reabilitação, sendo comum a outras áreas técnicas, como a Terapia da Fala, a Terapia Ocupacional, etc., não sendo, portanto, “próprio”.

“... no seu modelo de atuação, que inclui diagnóstico” **o que é falso**. O percurso académico pré- e pós-graduado não dá competências diagnósticas ao fisioterapeuta, facto reflectido na descrição do conteúdo funcional da carreira (DL N.º 111/2017).

“(...) estando [o fisioterapeuta] dotado tecnicamente da capacidade de iniciar um processo e de o conduzir até ao fim na sua área de intervenção através da determinação da alta da fisioterapia e/ou do encaminhamento para outros profissionais”, **o que é falso**. A “alta” **pressupõe o estabelecimento de um estado de saúde, não só baseado nas incapacidades e na sua potencial evolução, mas também no diagnóstico e no prognóstico médicos, que são da exclusiva competência dos médicos**. Não se pode assim aceitar como boa prática, em qualquer perspetiva, que a Fisioterapia tenha competência para dar “alta” a um doente, assim como o reencaminhamento para “outros profissionais de saúde”...

Nestes dois passos parece que a Fisioterapia se quer estabelecer como que uma “espécie de especialidade médica”, pois que usa definição de competências que vai buscar ao Ato Médico europeu,

### **VIII – A regulação do sector da Medicina Física e de Reabilitação (Reabilitação Médica ou Reabilitação na área de atividade em Saúde) em Portugal**

O único argumento razoável para o estabelecimento de uma Ordem dos Fisioterapeutas é a putativa necessidade de regulação do sector. Mas é, também este, um argumento insuficiente, **pois o sector já está regulado pelo Estado, não obstante essa regulação possa ser melhorada**.

A **Portaria n.º 1212/2010**, de 30 de Novembro, já regula a atividade das Unidades Privadas de Medicina Física e de Reabilitação. O **Decreto-Lei n.º 127/2014**, de 22 de Agosto, estende o regime de verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. A **Portaria n.º 121/2012** estabelece qual o programa formativo da área profissional de especialização de MFR. O **Aviso n.º 9448/2002**, de 29 de Agosto, aprova o **Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação**. No **n.º 3 do Art.º 9 do Decreto-Lei n.º 177/2009**, de 4 de Agosto, regista-se que “O médico (...) coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.” Também o **Código Deontológico da Ordem dos Médicos** prevê e obriga o médico na sua relação com outros profissionais em equipa. E ainda foi recentemente publicada a **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Cuidados Hospitalares de MFR**, datada de 28/2/2017.

Há, portanto, uma extensa regulação deste sector da saúde corporalizado pela designação de MFR/Reabilitação, no qual se subintegra a Fisioterapia.

Existem simultaneamente os ditos “Gabinetes de Fisioterapia” (monoprofissionais), que são de obrigatória inscrição na Entidade Reguladora da Saúde (e que, como se não bastasse, **não são sujeitos às estritas condições de licenciamento das Unidades Privadas de Saúde de MFR** (multiprofissionais). Nesses “Gabinetes de Fisioterapia”, os fisioterapeutas já podem trabalhar de forma dita “independente”, pois não é necessária legalmente qualquer supervisão ou prescrição médica, podendo ou não existir uma referência e um qualquer diagnóstico ou (muitas vezes) uma simples informação clínica... Nos Gabinetes de Fisioterapia, os fisioterapeutas podem realizar os atos terapêuticos que entenderem, nomeadamente quando apenas recebem um diagnóstico ou informação clínica ou uma mera referência para “fisioterapia”, sem qualquer supervisão, debaixo de uma capa “legal” criada pela Entidade Reguladora da Saúde. **Em caso da existência de algum efeito lateral ou intercorrência secundária à intervenção terapêutica realizada pelo técnico nos gabinetes, de quem é a responsabilidade civil (profissional)? Do técnico que executa ou do médico (frequentemente não Fisiatra) que referencia para o técnico? Ou dos dois? (Atendendo que mesmo que seja apenas o médico aceite como responsável, existe o “Direito de Retorno” do primeiro em relação ao técnico, como executante.) Impõe-se aqui uma melhor regulação por parte do Estado (e dos seus organismos competentes).**

Por outro lado, a atividade profissional da Fisioterapia consta nas Finanças; os fisioterapeutas podem passar recibos verdes e fazer “domicílios”, onde também são totalmente “livres” para fazerem o que entenderem e decidirem, novamente com a condição suficiente, pelo menos para um subsistema de saúde, de terem uma carta de referência com diagnóstico e prescrição de

códigos terapêuticos de MFR (como no caso do Regime Livre da ADSE), realizada por um *qualquer* médico. Aqui novamente é necessária uma melhor regulação por parte do Estado.

Na verdade, o que a Fisioterapia agora parece pretender, sob o pretexto de constituição de uma Ordem, é não necessitar de trabalhar em equipa, **mas com o patrocínio do SNS, dos subsistemas de saúde e das seguradoras!**

## **IX – Conclusão**

Tudo o que é *leges artis* em **Reabilitação Médica**, considerada cientificamente e reconhecida pela OMS, UEMS e demais comunidade científica nacional e internacional, e tudo o que tem sido política de saúde em Portugal nas últimas décadas, é diretamente contrariado com este documento. Parecem, na realidade, tentados a atribuir uma série de competências técnico-científicas por “decreto” e a declarar, contra toda a evidência, a “independência” da Fisioterapia (um profissão técnica) de outras profissões.

Na verdade, **o que a Fisioterapia agora parece pretender é não necessitar de trabalhar em equipa, talvez só em centros de reabilitação muito especializados e para um nicho muito específico de doentes, podendo fazê-lo ou não (dependendo da sua vontade e opinião próprias), mas com o patrocínio do SNS e das seguradoras!** O que aumenta a gravidade da ação de apoio a esta missiva, que se correlaciona, como demonstrado exaustivamente, com um apoio a más práticas em Saúde.

Por outras palavras, quer declarar a “independência” das outras profissões, nomeadamente das Equipas de Reabilitação, “virando as costas” aos demais agentes, e declarar por “Decreto”/Projeto-Lei” que, isto sim, são boas práticas, contra tudo o que é consensual na literatura internacional e tão bem veiculado pela OMS e UEMS.

Como será de esperar, isto não só terá um impacto negativo na saúde dos portugueses, como também nas contas do Estado! Quem vai controlar?:

- a. Que o diagnóstico médico está correto e as sessões de fisioterapia que estão a ser comparticipadas não são desnecessárias, são desadequadas ou prolongadas para além do tempo expectável?
- b. Que as terapêuticas implementadas são as mais custo-effectivas?

- c. Que alguns fisioterapeutas não solicitem exames complementares totalmente desnecessários ao médico assistente do doente (Medicina Geral e Familiar), o qual, encontrando-se muitas vezes pouco familiarizado com o tipo de patologia/limitação funcional e incapacidade, julgue de facto necessário pedi-los? Ou aos subsistemas?
- d. Que os profissionais de fisioterapia não realizem ecografias ou terapêuticas de qualidade (muito) duvidosa a doentes? <sup>16</sup>

Não nos podemos esquecer de que a fisioterapia é uma classe profissional que se encontra inserida, desde 1999, e a nosso ver correctamente, no grupo dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, conjuntamente com outras 17 profissões de currículo académico sobreponível. A aprovação de uma ordem profissional dos fisioterapeutas abre assim o precedente para a legítima reclamação de abertura de ordem profissional para as restantes 17 profissões da mesma categoria legal e académica. Não haverá argumentos válidos para não o fazer. Será uma banalização das ordens profissionais, que em muitos casos sofrerão uma espécie de mutação de sindicalização, enfraquecendo o Estado e, o que a nosso ver é muito mais preocupante, resultará ulteriormente na destruição das equipas em saúde de forma sistémica – em todos os níveis de cuidados e em todas as áreas.

Assim, os recentes Projetos de Lei para criação da “Ordem dos Fisioterapeutas”, incluindo o aprovado na generalidade Projecto de Lei n.º 635/XIII, não têm qualquer fundamento académico, não têm fundamento social, não têm fundamentação legal nas Diretrizes Europeias ou no regime jurídico português, não têm fundamento financeiro-económico e sobretudo não têm qualquer fundamento técnico-científico, pelo que a sua aprovação na especialidade será perniciososa à saúde da população, consolidará más-práticas e consumirá recursos preciosos que serão desviados de áreas com reconhecida excelência técnica e muito favorável relação custo-efetividade.

**Pedem os 5158 signatários aos Excelentíssimos Senhores Deputados da Comissão Parlamentar do Trabalho e da Segurança Social que não deem prosseguimento à iniciativa legislativa consubstanciada no Projeto de Lei n.º 635/XIII e no Projeto de Lei n.º 642/XIII, travando-a**

---

<sup>16</sup> Actualmente, os fisioterapeutas realizam ecografia de partes moles aos doentes (após formações dadas por outros fisioterapeutas...), no sentido de realizar “diagnósticos” médicos. Não só realizam uma técnica para a qual não detêm conhecimento nem competências, como amiúde associam essa ecografia a técnicas invasivas (com a introdução *profunda* de agulhas, não se sabe em que condições de segurança para o utente), como acontece com a técnica designada vulgarmente por “EPI” – técnica invasiva com microcorrente elétrica.

**aquando da sua discussão na especialidade, pois só assim se  
prosseguirá o interesse público, consubstanciado na qualidade e  
segurança na prestação de cuidados de saúde à população portuguesa.**

Lisboa, 18 de Março de 2018

