

À Comissão Parlamentar de Saúde

Assembleia da Republica

Ex. mos Senhores Deputados

Para vosso conhecimento, junto se envia a copia de um documento enviado à 10ª Comissão de Trabalho e Segurança Social pela Comissão pró Ordem da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, relativa aos Projetos de lei n. os 635/XIII (3.ª) — Cria a Ordem dos Fisioterapeutas (PS), 642/XIII (3.ª) — Criação da Ordem dos Fisioterapeutas (CDS-PP), no contexto da apreciação publica em curso.

Com melhores cumprimentos

Isabel de Souza Guerra, *MSc, Fisioterapeuta*
Presidente da Comissão Pró-ordem
Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Rua João Villaret, 285 A; Urbanização Terplana
2785-679 S. Domingos de Rana
Telef. 214 524 156; Fax: 214 528 922
E-mail: apfisio@apfisio.pt - Web: www.apfisio.pt



À Comissão Parlamentar de Trabalho e Segurança Social.

1

Ex. mos Senhores Deputados

Tendo a Comissão pró-Ordem tido conhecimento das posições de alguns médicos da especialidade de Medicina Física e Reabilitação (MFR), que vieram a público, relativas à aprovação pela Assembleia da República (AR), na generalidade, da Ordem dos Fisioterapeutas (OF), cabe-nos dar um contributo para esclarecer e repor a verdade.

A missão da OF é clara: «(...) exercer o controlo do exercício e acesso à profissão de fisioterapeuta, bem como elaborar as normas técnicas e deontológicas respetivas e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros, no quadro de um regime disciplinar autónomo.» (Artigo 3º do anexo “Estatuto da Ordem dos Fisioterapeutas Portugueses” do Projeto de Lei n.º 635/XIII - Cria a Ordem dos Fisioterapeutas). A OF propõe-se, assim, a regulamentar a profissão por forma a salvaguardar a segurança dos cidadãos que recorrem aos cuidados de fisioterapia, à semelhança do que acontece já noutras áreas de saúde que possuem associações profissionais de direito público (Ordens), tais como enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos. A saúde da população é um superior interesse público, subjacente no necessário reconhecimento da sua actividade e criação de associação profissional de direito público.

A criação da OF permite controlar o exercício e o acesso à profissão, sendo necessária para tutelar e titular os bens jurídicos a proteger, serviço de saúde regulado e, vai ao encontro do RJAPP. Face ao desenvolvimento actual da área do saber da Fisioterapia é imprescindível que um organismo idóneo controle o



cumprimento das regras deontológicas e estabeleça padrões de prática e normas técnicas a serem cumpridas pelos profissionais. Assim;

2

1. Compreendemos a grande preocupação manifestada “para a especialidade de MFR” como vem inicialmente expresso na sua posição. Efectivamente os cuidados realizados ao nível das prestações convencionadas permitem prestações de pouca qualidade em que, para ser rentável, mantêm-se, a par com alguns fisioterapeutas (Ft), pessoal não qualificado, muitas vezes a prestar o mesmo tipo de “cuidados” e confundindo-se com aqueles, na perspectiva do cliente. Na maior parte dos casos com uma sobrecarga exagerada de doentes (desde 8 e mais doentes por hora, por fisioterapeuta). Aqui sim, encontra-se em risco a qualidade dos Cuidados prestados e, estranhamente, nunca vimos a Ordem dos Médicos manifestar qualquer preocupação. Vejam-se as inúmeras situações de fraude que tanto os subsistemas de saúde, de que se salienta a ADSE, como os seguros têm identificado (), http://www.adse.pt/news/News_20161019_B.htm). Existem inúmeras situações em que os utentes apenas têm prescrição para técnicas que são aplicadas por auxiliares de fisioterapia (estes sim, com mera formação técnica em regime de ensino profissional de cerca de 200 horas e que independentemente do estado clínico do utente não têm quaisquer competências para adequar os tratamentos).

2. É, pois, no mínimo, curioso, que a profissão de fisioterapeutas, pelo facto de pretender uma Ordem, ter 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.) conduzindo à desagregação das Equipas Multidisciplinares e Multiprofissionais de Reabilitação (sic)”, sendo que pelo menos quatro profissões aí mencionadas têm as suas ordens profissionais. Também as suas Ordens criam divisionismo, conduzem também à desagregação das equipas? Não existe um único documento elaborado por fisioterapeutas ou pela sua associação profissional, que



mencione não fazerem aqueles parte de equipas multidisciplinares, seja eles de reabilitação, cuidados de saúde primários (CSP), de cuidados paliativos, ou outras.

3. É argumentado que a criação da OF terá um “impacto negativo para o adequado funcionamento das equipas multiprofissionais”. Só podemos estranhar a utilização deste argumento vindo de uma profissão que possui uma ordem profissional, e para além disso desconhece-se que o facto de Enfermeiros, Psicólogos ou Dietistas terem também as respetivas Ordens, tenham interferido negativamente no desempenho das equipas em que se inserem. Ao contrário, estamos cientes que o sucesso do trabalho em equipa está dependente da paridade entre os elementos dessa equipa, o seu reconhecimento e a definição clara dos seus conteúdos funcionais.

4. Mais estranho, ainda, é, quando foram os fisioterapeutas portugueses que sempre reclamaram a necessidade de integrarem equipas de saúde de todas as tipologias de serviços do Sistema Nacional de Saúde, em verdadeiro espírito de interdisciplinaridade e, que, infelizmente, nem sempre foram ouvidos pelas entidades responsáveis. Importa ressaltar que o objecto profissional do fisioterapeuta não se encontra delimitado pela medicina física e reabilitação. Nem a Fisioterapia é propriedade intelectual da Medicina Física e Reabilitação. Isto em nada invalida, o respeito do nosso grupo profissional para com a especialidade médica em questão, não sendo pretensão diminuí-la de forma alguma, nem sequer concorrer com ela, pois ao fisioterapeuta incumbe, única e exclusivamente o exercício, que se quer regulado da fisioterapia e aos demais o desenvolvimento dos seus próprios corpos de saber.

5. Os fisioterapeutas integram as equipas de reabilitação colaborando com os médicos fisiatras e outros profissionais de saúde, sempre que o contexto de intervenção o exija. Não obstante, a fisioterapia possui diferentes áreas de actuação, cujo exercício remete para uma relação de proximidade profissional com outras especialidades médicas e de saúde. A título de exemplo poderemos enumerar o contexto desportivo em que a articulação deve ser feita com médicos especialistas



em Medicina Desportiva e em que farão parte da equipa o fisiologista, o treinador, o fisioterapeuta, o ortopedista se vier a ser o caso e, naturalmente o atleta.

Ou ainda, a intervenção dos Fisioterapeutas em Unidades de Cuidados Intensivos em que as sinergias interdisciplinares são feitas com médicos intensivistas e restante equipa (https://www.cicm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-1-Minimum-Standards-for-Intensive-Care-Units.pdf).

Outro exemplo, emergente em Portugal, mas com grande representatividade noutros países, é o contexto de intervenção em cuidados integrados a pessoas idosas frágeis em que os Fisioterapeutas fazem parte das equipas multidisciplinares, em articulação com médicos Geriatras.

(<https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/specialist-geriatric-services-model-of-care.pdf>). Aliás, nas suas directrizes para sistemas de saúde que vão ao encontro das necessidades de populações envelhecidas, a Organização mundial da Saúde afirma que uma equipa multidisciplinar ideal de profissionais de saúde para este contexto “*could include a general practitioner (or family doctor), a social worker, a community health worker, and a geriatrician, **not forgetting to mention the importance of establishing links with pharmacists, occupational health therapists and physiotherapists, among others.***” (fonte: <http://www.who.int/ageing/health-systems/who-health-workforce-ageing-populations.pdf>) sem especificar a obrigatoriedade da presença de Médicos Fisiatras.

Outro exemplo ainda: O EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) publicou muito recentemente, um relatório "**A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies**" a 2 de Março de 2018, que destina-se a ajudar os decisores políticos e profissionais de saúde a fixar objectivos e medidas de progresso no sentido de melhorar os serviços de cuidados primários em benefício dos pacientes. Mencionam: “*Primary care cannot allow itself to remain in status quo. Old models of operating and habits*



*can hold it back, having an impact on the overall health system. To shift perspectives, this report assists policy makers and practitioners in taking a fresh look at performance assessment as a tool to create a drive that reverberates throughout the system of primary care and encourages all the relevant actors, whether **dentists, dieticians, general practitioners/family physicians, nurses, midwives, occupational therapists, optometrists, pharmacists, physiotherapists, psychologists or social workers** to nurture, explore and collaborate towards higher level of excellence of primary care services. Performance assessment can inform decisions on relevant resource allocation throughout the healthcare systems, ensuring resources to support the expansion of roles and functions of primary care.”*

5

O relatório reconhece os fisioterapeutas como protagonistas dentro da força de trabalho dos cuidados primários e pode servir como estímulo para as organizações membro reforçarem o maior envolvimento de fisioterapeutas nos cuidados primários como profissionais de primeiro contacto neste campo.

6. A ideia de que a criação da OF pretende usurpar ou substituir competências médicas, ou de qualquer outro grupo de profissionais de saúde, é fundamentalmente errada e só se entende por manifesta e provocada deturpação. Os Fisioterapeutas não pretendem isolar-se do contexto da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade que a prestação de cuidados de saúde integrados e de qualidade exigem. Antes pelo contrário, pretendem continuar integrados nas mais diversas equipas multidisciplinares de cuidados de saúde e dar o seu contributo para a saúde dos portugueses. Na realidade pretendem reforçar a sua articulação interdisciplinar com as mais variadas especialidade médicas e de outros profissionais de saúde, nas diversas tipologias de serviços de saúde que constituem o SNS. Uma solidificação de cada profissional de saúde representa uma mais-valia no trabalho em equipa, onde se reconhece o contributo específico e não transmissível de cada membro, derivado dos seus diferentes conteúdos funcionais.

7. Segundo a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) «*Physical therapy involves the Interaction between the physical therapist, patients/clients, other*



health professionals, families, caregivers and communities in a process where movement potential is examined/assessed and goals are agreed upon, using knowledge and skills unique to physical therapists. Physical therapists are concerned with identifying and maximising quality of life and movement potential within the spheres of promotion, prevention, treatment/intervention, habilitation and rehabilitation. These spheres encompass physical, psychological, emotional, and social wellbeing» (fonte: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>).

6

8. Ainda no contexto da multidisciplinaridade, de referir que, relativamente ao papel de coordenação de uma equipa multidisciplinar, as directrizes não o limitam a apenas um grupo profissional: «*A range of health personnel can assume the role of care coordinator. Primary care structures are probably the most efficient for coordinating care throughout the health care system (155, 185), and many people with disabilities see general practitioners as having the overall responsibility for their health care and being “gatekeepers” for the wide range of community-based services (193).*

9. Não se pretende substituir os médicos que serão sempre elementos chave nos sistemas de saúde, mas a evidência tem demonstrado que o trabalho em articulação com diferentes especialidades é benéfico para a eficácia e eficiência do sistema nacional de saúde.

10. São apresentadas em numerosas páginas, as mais-valias da especialidade médica MFR, desde a formação ao seu exercício, tentando induzir a ideia que a fisioterapia actua exclusivamente nessa área e que tem que ser dependente da mesma. A ideia de que a intervenção do Fisioterapeuta se restringe ao contexto da Medicina Física e Reabilitação, é uma visão muito redutora do seu contributo para os sistemas de saúde e a evidência, como a prática têm vindo a demonstrar a vetustez de tal interpretação. O seu contributo é reconhecido desde logo nos cuidados de saúde primários, nos cuidados paliativos e nos cuidados diferenciados por várias especialidades médicas, que solicitam a sua intervenção no seio das respetivas equipas. Como se pode verificar no anexo à Diretiva 2005/36/EC, hoje já



transposta para o ordenamento jurídico interno, países como Dinamarca, Irlanda, Malta ou Reino Unido, não têm reconhecida a especialidade de Medicina Física e Reabilitação e são países onde está regulamentada a profissão de Fisioterapeuta. Mas não sendo estes médicos, como parece ser feito transparecer.

11. Não deixa de ser surpreendente, que outras especialidades médicas, à excepção da Fisiatria, não tenham autonomia para indicar Fisioterapia aos seus utentes, face ao seu diagnóstico médico. De acordo com a legis artis, não terão todos os médicos o direito de indicar fisioterapia para os seus doentes?!. Retirar-lhes esta possibilidade, como parece querer fazer a especialidade de MFR é reduzir a todos os outros médicos o leque de opções terapêuticas que podem oferecer aos seus utentes. Quais seriam os prejuízos para a saúde dos cidadãos e os custos, se, à semelhança do pretendido pela especialidade de MFR, os médicos para solicitarem um RX ou um hemograma tivessem de fazer o pedido de colaboração ao médico radiologista ou de patologia clínica?

12. Fora da função pública os fisioterapeutas actuam em exercício liberal, sem ligação à especialidade de MFR. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) exige registo dos fisioterapeutas (como dos médicos e de outros profissionais autónomos) e reconhece a existência de prestadores de cuidados de fisioterapia como profissionais autónomos e com responsabilidade técnica assegurada pelos próprios fisioterapeutas; tendo sido estabelecido pela ERS que o acesso do doente aos cuidados de fisioterapia pode ser precedido de uma indicação de qualquer médico e não apenas do médico Fisiatra.

13. Como já foi dito anteriormente, mesmo na administração pública, ou dela dependente directa ou indirectamente, centenas de profissionais integram equipas multiprofissionais onde desenvolvem um trabalho autónomo que não está tutelado pela MFR (CSP, Cuidados paliativos, Unidades de pneumologia, cuidados intensivos). A salientar ainda é que de acordo com a DGS existem em Portugal 11 000 fisioterapeutas e apenas cerca de 1300 trabalham directamente com a especialidade de MFR.



14. O referido manual de boas práticas de Medicina Física e Reabilitação apenas enquadra os que trabalham em serviços de reabilitação e que são cerca de 30% dos fisioterapeutas em Portugal dado que a maioria exerce como profissional liberal, vendo assim reforçada a necessidade de autorregulação. Porém, tal manual, como não poderia deixar de ser e a legislação prevê-o bem claro, só é de aplicação institucional nos espaços MFR, pois bem clara e diferente é a realidade das unidades de fisioterapia.

15. “*Os Fisioterapeutas existem para aplicar fisioterapia, que é uma técnica terapêutica*”(sic): A ideia de que os fisioterapeutas são meros aplicadores de técnicas está há muito afastada de todas as descrições da profissão e demonstra enorme ignorância mencionar-se que fisioterapia é uma técnica. Fisioterapia é uma área científica, reconhecida nacional e internacionalmente. A utilização da nomenclatura “técnico de fisioterapia ou técnicos de terapêutica” não tem mais nenhuma intenção do que ser desprestigiante para o título profissional que os Fisioterapeutas detêm e contraria a terminologia que foi oficialmente aprovada há mais de cinquenta anos no nosso país. Desde 1977 que foram suprimidas as designações de Técnico Auxiliar de Fisioterapia e de Técnico de Fisioterapia.

16. O título profissional de Fisioterapeuta foi introduzido legalmente em Portugal em 1966 e 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. A Fisioterapia não se resume à aplicação de técnicas e/ou tecnologias. De acordo com o Decreto-Lei n.º 261/93 a Fisioterapia “...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, de 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 objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.”

17. O título da profissão é Fisioterapeuta e não Técnico de Fisioterapia (<https://www.wcpt.org/policy/ps-protection-title>). Não existe qualquer associação entre a profissão de Fisioterapeuta e a designação de “Técnico”. Os fisioterapeutas na administração pública e apenas aí estão integrados na carreira de “Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica”. Uma carreira é uma forma de organização de recursos humanos, que no caso supra citado engloba diversas profissões de saúde entre as quais os Fisioterapeutas. Aliás, a diferenciação entre carreira e profissão é apresentada pela própria ACSS: «Integram a carreira especial de TSDT e a carreira de TSDT, os trabalhadores cujas funções correspondam a profissões de saúde (...)». (cfr. n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei 110/2017 e n.º 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto). Designar um Fisioterapeuta de “Técnico de Fisioterapia” será o equivalente a designar um Psicólogo de “Técnico de Psicologia” ou um Nutricionista de “Técnico de Nutrição” com base no facto destes integrarem a carreira de “Técnicos Superiores de Saúde”, títulos profissionais estes que são inexistentes, tanto a nível nacional como internacional.

18. Pretende-se fazer crer que os fisioterapeutas estão obrigatoriamente dependentes de prescrição e de supervisão médicas, mas tal também não corresponde à verdade. Na administração pública os fisioterapeutas estão integrados na Carreira de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, (situação que claramente, não é do conhecimento dos médicos Fisiatras), muito embora esta carreira só abranja menos de 15% dos profissionais de fisioterapia. Neste âmbito, com a evolução da carreira, a expressão “prescrição médica” como condicionante prévia à intervenção do fisioterapeuta foi sendo progressivamente substituída por “indicação clínica” (desde 1999) e na presente carreira apenas existe a expressão “informação clínica”. A dependência de diagnóstico e prescrição não é uma exigência legal nem em Portugal nem no resto do mundo. A World Confederation for Physical Therapy (WCPT) eliminou em 1982 a referência no seu código de ética à



exigência de uma referenciação médica como condicionante à intervenção do Fisioterapeuta.

19. A legislação espelha esta versatilidade ao declarar que os Fisioterapeutas intervenham mediante informação clínica e não prescrição dos médicos fisiatras: *“Actuar em conformidade com a informação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planejar, organizar, aplicar, avaliar e validar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção;”* (Decreto-Lei n.º 111/2017 de 31 de agosto).

O diagnóstico médico é um elemento relevante para a intervenção do Fisioterapeuta, mas não é uma condicionante prévia. O fisioterapeuta está habilitado a realizar uma avaliação dos sistemas, de forma a identificar potenciais riscos, e, se necessário, referenciar o utente para os serviços ou profissionais competentes. Nessa base a sua intervenção qualificada é segura. A segurança da intervenção do fisioterapeuta decorre da sua formação académica e profissional, e subsequente especialização.

20. A evolução do conceito de saúde, e as suas implicações nos modelos organizacionais dos cuidados nos actuais sistemas de saúde, preconizam a actuação centrada no utente e na identificação das necessidades deste, para quem devem convergir as diferentes profissões e profissionais envolvidos. Confundir saúde com medicina, ou com qualquer outra profissão de saúde, é dificultar o acesso aos melhores cuidados de saúde a indivíduos/utentes, grupos e comunidades. A legislação contempla a autonomia dos fisioterapeutas: “as profissões devem ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, sem prejuízo da intercomplementaridade funcional com os outros profissionais de saúde também integrados em equipas multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de Agosto), considerando que a sua atuação ultrapassa largamente o âmbito da reabilitação, como descrito na proposta

apresentada no Parlamento, englobando igualmente a promoção de saúde e a prevenção (fonte: <https://www.wcpt.org/policy/ps-autonomy>).

21. Como também referido pela WCPT, os fisioterapeutas intervêm em parceria com outros profissionais de saúde para a gestão e prestação de serviços aos utentes. Aqueles devem ter políticas e procedimentos em vigor para garantir a comunicação com os médicos e outros profissionais relevantes para o seu utente (consultado em: <https://www.wcpt.org/policy/ps-other-professionals>).

22. A supervisão da intervenção de um fisioterapeuta não é realizada pelo médico mas pelo fisioterapeuta que assume funções de enquadramento hierárquico.

23. Nunca a fisioterapia se pretendeu instituir como uma “especialidade médica” e de facto têm os fisioterapeutas a capacidade de fazer um diagnóstico na sua área profissional – fisioterapia, bem como elaborar um programa de intervenção, avaliar os resultados e dar alta após a sua intervenção específica.

24. O termo “diagnóstico” vem do grego “*diagnostikós*” e refere-se à “capacidade de discernir” conhecimento de alguma coisa através de certos sinais. Diversas actividades incluem a realização de diagnósticos, sendo estes transversais a todos os sectores da sociedade. A título de exemplo, temos o diagnóstico da situação portuguesa que remete para uma análise socioeconómica multifactorial do nosso país. (<http://www.portugal2030.pt/diagnostico-da-situacao-portuguesa/>). Ou ainda a realização de diagnóstico automóvel, para as quais existe equipamento específico, nos centros de inspecção automóvel.

25. Importa, assim, referir que o conceito de “diagnóstico em fisioterapia” é não-médico. Como tal, é diferente do conceito de “diagnóstico médico”, ou de qualquer outra profissão de saúde, como é exemplo o “diagnóstico em enfermagem” (ponto c) do artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] - Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro), profissão esta, à qual o Estado conferiu poderes de autorregulação.

26. A conceptualização de “diagnóstico em Fisioterapia” remete para a avaliação do sistema de movimento e funcional, onde não está incluída a classificação de



doenças ou patologias. A título de exemplo, no Reino Unido, no qual não existem ordens profissionais, o diagnóstico em fisioterapia foi legislado e concedeu aos fisioterapeutas independência no estabelecimento de diagnóstico e de prescrição de fisioterapia

(http://www.legislation.gov.uk/ukxi/2013/1855/pdfs/ukxi_20131855_en.pdf). O mesmo acontece com outros profissionais de saúde (https://www.thh.nhs.uk/documents/Patients/PatientLeaflets/general/PI046-Non_Medical_Prescribing-A4_May12.pdf), através da criação de uma política própria com provas de satisfação por parte dos utentes e profissionais de saúde (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4959632/>): «*the impact of nonmedical prescribing has been reported on by NMPs, other healthcare professionals and patients alike; generally overall have a positive impact.*»

27. Ainda sobre o diagnóstico em Fisioterapia e, contrariamente ao que foi mencionado no documento em apreciação, a ENPHE, (European Network of Physiotherapy in Higher Education) menciona como parte das competências do Fisioterapeuta: “*Physiotherapy Expertise: 2) Diagnostic Skills - Defining a physiotherapy diagnosis through analysing and making synthesis from the data s/he has found out in assessment and reflected on the evidence based knowledge. - Work with patient/clients to identify impairments, activity limitations and participation restrictions (ICF) resulting from illness, injury and/or ageing. It includes using also the information from other professionals / sources - diagnostic imaging, laboratory tests and other investigations. - Undertake a holistic approach to provide a physiotherapy diagnosis / clinical impression of their condition*”.
http://enphe.org/Portals/enphe/ESCO_report_ENPHE_recommendations_April_2017.pdf

28. De igual modo a “alta” é definida, de acordo com a “Semântica da Informação da Saúde”, como a «conclusão da permanência de um indivíduo num programa de saúde ou num estabelecimento de saúde na sequência do fim de um episódio clínico», podendo «decorrer de óbito, por decisão do profissional de saúde responsável ou decisão do indivíduo contra a decisão do profissional de saúde



responsável» (DGS, 2017), sendo, portanto, a alta em fisioterapia a conclusão dos cuidados de fisioterapia.

Os Fisioterapeutas, em diversos casos, são os profissionais que acompanham os utentes de uma forma mais próxima e contínua durante alargados períodos de tempo. Os seus registos podem contribuir positivamente para uma monitorização mais eficiente dos utentes, particularmente no que concerne os aspectos funcionais. Estes registos são obtidos pelo processo de avaliação contínua que o Fisioterapeuta realiza em cada sessão de Fisioterapia, de forma a assegurar a adequação do plano de intervenção em Fisioterapia definido face a evolução do utente e do quadro funcional que o utente apresenta naquele exato momento. Considerando a imensa variabilidade que o comportamento motor e funcional apresenta, não é passível que um plano de intervenção eficaz permaneça completamente igual ao longo de semanas e restrito a uma prescrição médica estanque. Aqui remetemo-nos às necessárias adaptações que apenas poderão ser levadas a cabo por um fisioterapeuta devidamente habilitado. Esta informação, disponibilizada nos processos clínicos, pode concomitantemente ser relevante aos outros profissionais de saúde que acompanham aquela pessoa. Todos os novos modelos de trabalho multidisciplinar de saúde preconizam estes fluxos de informação, num processo dinâmico de partilha, centrado na pessoa.

29. Relativamente ao custo-efectividade, a WHO reporta o seguinte: «*Where access to rehabilitation services is controlled by doctors (77), medical rules or attitudes of primary physicians can obstruct individuals with disabilities from obtaining services (122). People are sometimes not referred, or inappropriately referred, or unnecessary medical consultations may increase their costs (123–126). This is particularly relevant to people with complex needs requiring multiple rehabilitation measures.*» (WHO Report on Disability)

Os sistemas mais eficientes, económica e socialmente, são os que permitem às organizações a adaptabilidade de resposta face às necessidades. As análises mostram que o simples facto de permitir ao doente efetuar *escolha inicial do*



fisioterapeuta para o tratamento da raquialgia resulta em menor custo de cuidados, o mesmo se verificando para as altas em fisioterapia (<https://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2018.7423?code=jospt-site>). Os resultados atuais sugerem que a escolha dos utente para aceder à fisioterapia diretamente pode estar associada a menores gastos com cuidados de saúde para pacientes com diversas condições de saúde (www.bmj.com/content/326/7395/911?variant=full-text&eaf;academic.oup.com/ejcts/article/29/2/216/534520; <https://academic.oup.com/ejcts/article/29/2/216/534520>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26036675/>; https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2007/06150/Effectiveness_and_Cost_Effectiveness_of_Three.3.aspx).

30. Afirma-se que a fisioterapia é uma profissão “eminente técnica”, contudo essa é uma visão errada e desfasada da realidade. Basta para tanto consultar a documentação da Organização Internacional do Trabalho, como por exemplo a Classificação Internacional das Ocupações “ISCO 08” ou em Portugal a Classificação Nacional das Profissões de 2010. Nestes documentos os Fisioterapeutas estão incluídos no grupo dos “Especialistas das atividades intelectuais e científicas”, no grupo 22 – Profissionais de Saúde, onde se encontram também os Médicos (221), Enfermeiros (222), Médicos dentistas (2261), Farmacêutico (2262), Fisioterapeuta (2264), Nutricionista (2265). Perante este enquadramento, os Fisioterapeutas não podem ser considerados apenas como técnicos qualificados. Mais uma vez, os médicos pretendem denegrir os fisioterapeutas, insinuando a colocação no nível 32, (ao nível dos Ayurvédicos; Homeopatas; Naturopatas; Medicina Unani; Curandeiros da Aldeia; e Ervanários) o que não corresponde à verdade, como se verifica acima.

31. Simultaneamente, em consonância com a Estratégia 2020, conduzida pela OMS e reforçando os argumentos anteriores, surgiu a ESCO – European Skills, Competences, Qualifications and Occupations, um grupo de peritos que proporciona



orientação estratégica para a Comissão Europeia sobre as aptidões, competências e qualificações dos profissionais. A Fisioterapia foi definida, em conjunto pela ESCO e Comissão Europeia com aprovação sequente por parte da European Region – World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT), como uma profissão autónoma de saúde com expertise a nível do movimento e da prescrição de exercício ao longo do ciclo de vida e parte integrante de todas as esferas de saúde como a promoção, prevenção, habilitação e reabilitação, e interventiva a nível dos factores físico, psicológico, emocional e social. Definiram, ainda, que a Fisioterapia envolve a interação do fisioterapeuta com o cliente, incluindo a sua família e/ou cuidadores, com outros profissionais de saúde e com a comunidade, reforçando não só o seu grau de autonomia profissional, como o seu papel fundamental nas equipas multidisciplinares em saúde.

32. A Fisioterapia, tal como a Medicina, as Ciências Farmacêuticas, a Nutrição e a Psicologia está, de acordo com The European Qualifications Framework for Life Long Learning (EQF) da Comissão Europeia entre o nível 6 e 8, não se registando pois diferenciação no nível. Esta classificação determina no seu nível mínimo a garantia de conhecimento avançado no campo de trabalho ou estudo, compreensão crítica de teorias e princípios, aptidões avançadas que revelam domínio e inovação necessárias para resolver problemas complexos e imprevisíveis numa área especializada de trabalho ou estudo, e capacidade de gerir atividades profissionais ou projetos de natureza técnica complexa ou, capacidade de assumir responsabilidade pela tomada de decisão em contextos de estudo ou de trabalho imprevisíveis (10-11).

33. Ainda no âmbito europeu, é importante lembrar que a Fisioterapia é uma das 5 profissões regulamentadas neste momento relativamente à Carteira Profissional Europeia (European Professional Card, EPC) pela Comissão Europeia, reconhecendo desta forma a transversalidade e consenso em torno da definição do corpo de competências e qualificações desta profissão no espaço europeu



34. Reduzir a Fisioterapia a um nível diferente só pode corresponder a um engano, dado não acreditarmos na hipótese de má-fé. Em termos de ensino superior, a definição do seu corpo de competências formativas, coloca a Fisioterapia de acordo com a definição dos ciclos de qualificação profissional instituídos pelo Processo de Bolonha através do European Higher Education Area (EHEA) e reconhecidos e regulamentados em Portugal, entre o nível 6 e 8 do The European Qualifications Framework for Life long Learning (EQF) da Comissão Europeia, tal como Medicina, Ciências Farmacêuticas, Nutrição, Psicologia ou Enfermagem, profissões incluídas nesta proposta de lei [https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_en.pdf; http://www.erwcpt.eu/education/qualification_systems]. Esta classificação determina no seu nível mínimo a garantia de conhecimento avançado no campo de trabalho ou estudo, compreensão crítica de teorias e princípios, aptidões avançadas que revelam domínio e inovação necessárias para resolver problemas complexos e imprevisíveis numa área especializada de trabalho ou estudo, e capacidade de gerir atividades profissionais ou projetos de natureza técnica complexa ou, capacidade de assumir responsabilidade pela tomada de decisão em contextos de estudo ou de trabalho imprevisíveis [https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_en.pdf; http://www.erwcpt.eu/education/qualification_systems].

35. Por outro lado, quer na classificação funcional, quer laboral, quer formativa, no ordenamento interno nacional, nalguns casos por transposição europeia, os fisioterapeutas foram recolocados em paridade com a medicina e outras, tendo deixado de estar enquadradas nas tecnologias, pese embora desde 2005 fosse bem clara a paridade no âmbito da UE.

36. A formação inicial dos Fisioterapeutas em Portugal é pois, ao nível de licenciatura (tal como a enfermagem, serviço social) e os descritores deste tipo de formação pressupõem a capacidade para conceber soluções e resolver problemas complexos, ficando muito para além do conceito de aplicador de técnicas.



37. No plano mundial em países tão diversos como os EUA, Canadá, Austrália ou UK, Holanda ou Dinamarca, os fisioterapeutas são profissionais a que os utentes têm acesso direto e com quem contratualizam a prestação de cuidados.

38. O exercício liberal da profissão exige a proteção dos utentes através da Ordem profissional. O atual regime de regulamentação pelo Ministério da Saúde, é manifestamente limitado (simples registo) e desadequado à verificação das componentes ética e da garantia dos padrões de prática.

39. Relativamente à situação na União Europeia é certo que em vários países os fisioterapeutas são regulados por organizações distintas das ordens profissionais, sendo verdade que do ponto de vista cultural e organizacional há diferenças entre os vários países e regiões na Europa. Mas essa situação não é exclusiva para os fisioterapeutas. Por exemplo, ao ter sido citada a situação no Reino Unido, para justificar a inexistência de uma ordem dos Fisioterapeutas, haveria que considerar que nesse país, no modelo de regulação da profissão médica, também não existe uma associação com correspondência direta à ordem dos médicos.

40. No entanto não se pode negar que os fisioterapeutas são regulados por ordens em países como a Espanha, a França ou a Itália, com contextos culturais próximos do nosso.

41. No plano mundial, a nossa profissão, representada pela WCPT, integra de pleno direito a WHPA - The World Health Professions Alliance, a qual congrega as organizações mundiais representativas dos enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos e médicos dentistas, com o objectivo da melhoria global de saúde e da qualidade dos cuidados, facilitando a colaboração entre profissionais de saúde.

42. No que respeita ao (in)cumprimento dos requisitos constitucionais e legais, só pode ser entendido por manifesta ignorância da existência do processo e da sua já longínqua origem, mas pior do que isso, da própria legislação. O projeto em causa cumpre com o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das



associações públicas profissionais em vigor, por manifesta e dupla adequação ao que vinha dos regimes legais anteriores.

43. É inequívoco que existe um parecer independente que já no passado defendia a necessidade da criação de uma associação profissional de direito público, pelos fundamentos e sistemática dele constantes, bem como, e pela primeira vez, o que majora o reconhecimento formal, estar o Governo de acordo com a sua criação, representando a assunção, quer da manifesta necessidade, quer da incapacidade de tudo regular.

18

Em termos de paridade com o conjunto de profissões, que possuem ordens profissionais no nosso país, os fisioterapeutas consideram justo também poderem ter acesso a uma ordem que defenda os interesses dos utentes e regulamente o exercício da sua profissão.

Face às atribuições decorrentes da lei e à identificação da Fisioterapia como uma profissão prestadora de cuidados de saúde parece óbvia a necessidade de regulamentação própria.

Para além disso a Fisioterapia é uma profissão de saúde com uma deontologia e ética próprias, sendo que tais cânones foram instituídos pela Confederação Mundial da Fisioterapia. Estes encontram-se disponíveis para consulta pública no documento “Responsabilidades éticas dos Fisioterapeutas e organizações membros da Confederação Mundial de Fisioterapia”).

<http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities>).

Por último e na prospectiva, pois apenas falta poderem referi-lo, de, acaso ser questionada a matéria na óptica do denominado circuito legislativo, quiçá até referindo que o mesmo ficou por cumprir, nada de mais tendencioso se poderia, ainda que a final, escrever, pois carece, total e fundamentadamente, de rigor teleológico.

Vejamos: duas questões, que eventualmente importa desenvolver, as quais se prendem com o parecer da entidade independente ter sido emitido ao abrigo da lei imediatamente cessada e, ainda a levantada no enquadramento da putativa omissão de estudo técnico.

A primeira questão é de ordem estritamente jurídica, ainda que de pacífica interpretação teleológica, pois, nos termos da então Lei n.º 6/2008, de 13 de Fevereiro, dispunha-se no n.º 2 do artigo 3.º que "...A criação de novas associações públicas profissionais é sempre precedida de um estudo elaborado por entidade de reconhecida independência e mérito sobre a sua necessidade em termos de realização do interesse público e sobre o seu impacte sobre a regulação da profissão em causa ...".

Ora, com o devido respeito, essa exigência é manifestamente respaldada na necessidade de aferição da efectiva necessidade relativa à sua constituição e do envolvimento relativo ao interesse público de actividades/funções/responsabilidades de especial relevo que o Estado não deva prosseguir por si próprio.

Ora, a Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro, nada de diferente afere quanto aos pressupostos determinantes, pois de acordo com o respectivo artigo 3.º a existência deste parecer está subordinado às mesmas premissas e necessidades.

Com efeito, o elemento teleológico integrante desta norma é rigorosamente o mesmo que da lei anterior, apenas divergindo daquela no que ao elemento literal respeita.

Conclui-se, assim, pela manifesta desnecessidade relativa á retoma da elaboração do referido Parecer, o qual sempre terá que ser entendido como manifesto expediente dilatatório, pois os fundamentos e relato daquele, se ao tempo eram o que foram, hoje só se podem entender como reforçados e evidenciados nos seus termos face à manifesta emergência regulatória da profissão.

Claro que resolvida esta questão, poderá ser levantada a da falta de um estudo de carácter técnico. Demanda-se, contudo, em que sede é que o mesmo está previsto na actual Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro, pois desta resulta conforme normativo relevante para este efeito que, conforme artigo 3.º, *que a constituição de associações públicas profissionais é excepcional, podendo apenas ter lugar quando:*

- a) Visar a tutela de um interesse público de especial relevo que o Estado não possa assegurar directamente;*
- b) For adequada, necessária e proporcional para tutelar os bens jurídicos a proteger;*
e
- c) Respeitar apenas a profissões sujeitas aos requisitos previstos no artigo anterior.*

Por outro lado, a constituição de novas associações públicas profissionais é sempre precedida dos seguintes procedimentos:

- a) Apresentação de estudo, elaborado por entidade de independência e mérito reconhecidos, sobre as exigências referidas no artigo anterior e o cumprimento dos requisitos previstos no número anterior, bem como sobre o seu impacto na regulação da profissão em causa;*
- b) Audição das associações representativas da profissão;*
- c) Submissão a consulta pública, por um período não inferior a 60 dias, de projectos de diploma de criação e de estatutos da associação pública profissional, acompanhado do estudo referido na alínea a).*

Ora, querer justificar qualquer omissão por questão meramente semântica é próprio de quem não encontra qualquer outra razão, tanto mais quanto o denominado parecer determinado por entidade independente consagra em si, materialmente, a realidade de um estudo eminentemente técnico.

Por outro lado, o projecto de diploma de criação é acompanhado de uma nota justificativa da necessidade da sua constituição, nos termos do artigo 3.º, bem como as opções que nele foram tomadas.

Não se antolha, pois, qualquer dificuldade putativa mais, formal ou material, que se possa levantar em detrimento de um projecto cabal, consistente e reunindo, material e formalmente, todos os requisitos determinados pro Lei.

21

Porque queremos proteger, em primeiro lugar, os direitos dos utentes a cuidados de fisioterapia de qualidade entendemos que a Criação da Ordem Profissional dos Fisioterapeutas não é só uma opção política, mas a resposta a uma necessidade emergente que contribua para melhor saúde para os portugueses.

A Presidente da Comissão pró-Ordem



Isabel de Souza Guerra

2018/03/16

PS: Com conhecimento à Comissão de Saúde