

# Controvérsias, dilemas e desafios profissionais dos fisioterapeutas portugueses (I)

Paula Alexandra Soares [1]

viegassoares.paula@gmail.com

## Resumo

Constitui objeto do presente *paper*, a apresentação dos principais elementos da estrutura conceptual dum trabalho realizado sobre os fisioterapeutas portugueses, contextualizando numa perspetiva de grande angular e plástica o passado e o presente, alicerçada com um olhar plural sobre os dilemas e as tendências deste grupo profissional, para melhor compreender as lógicas de ação organizada dos fisioterapeutas portugueses na construção, regulação e desenvolvimento profissional.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia, profissão, autonomia, dinâmica profissional.

## Abstract

The aim of this *paper* was to present the main elements from a conceptual structure of the research about portuguese physiotherapists, contextualizing in a wide-angle and plastic perspective the past and present, based on a plural look at dilemmas and tendencies of this professional group, to better understand the logics of organized action of portuguese physiotherapists in construction, regulation and professional development.

**Keywords:** Physiotherapy, profession, trends, professional dynamic.

## Introdução

Em Portugal, a fisioterapia é uma das áreas profissionais reguladas, conforme o descrito no Estatuto da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Decreto-Lei 564/99 de 21 dezembro), a par das demais profissões da mesma carreira. Na sociologia portuguesa, encontramos diversos trabalhos sobre os profissionais de saúde, sendo raros, no entanto, os trabalhos sobre os grupos profissionais da área do diagnóstico e terapêutica, e reduzidos os que se referem especificamente à fisioterapia e aos fisioterapeutas.

Mais do que estar a debater se os fisioterapeutas são uma ocupação ou uma profissão, no presente artigo damos por adquirido que é um grupo profissional. Por conseguinte, constitui objeto do presente *paper*, a apresentação dos principais elementos da estrutura conceptual do trabalho realizado, contextualizando numa perspetiva de grande angular e plástica o passado e presente, alicerçada com um olhar plural so-

bre as tendências deste grupo profissional, para melhor compreender as lógicas de ação organizada dos fisioterapeutas portugueses na construção, regulação e seu desenvolvimento profissional.

Assim, num primeiro momento, apresentamos uma breve descrição da profissão fisioterapeuta e a evolução histórica deste grupo profissional, bem como as organizações representativas em Portugal. Destacamos, em seguida, os sentidos do olhar da sociologia no campo das dinâmicas das relações entre a regulação profissional dos fisioterapeutas e o Estado, em geral, abrindo assim um espaço de reflexão e debate sobre a razão lógica do quadro de ensino de formação vigente para a área da fisioterapia portuguesa. Da conjugação destes dois pontos, mobilizamos uma reflexão sobre os princípios orientadores que subjazem nas dimensões normativas e no quadro axiológico das práticas profissionais dos fisioterapeutas. Por fim, procedemos à discussão e à análise crítica da complexidade do mundo do trabalho dos fisioterapeutas e as suas interfaces com as atuais tendências

deste grupo profissional, em particular no que concerne à sua ação organizada na prestação de cuidados de saúde e implicações no desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas portugueses.

## 1- Discursos e perspetivas normativas sobre a ideia de ser Fisioterapeuta

Decorrentes das transformações estruturais ocorridas essencialmente na segunda metade do séc. XX ao nível da organização do trabalho e nas políticas de recursos humanos, ocorrem novas dinâmicas organizacionais bem como um aumento e complexidade da intervenção no setor da saúde. Estas alterações tendem a favorecer o desenvolvimento de processos de profissionalização resultantes de contextos de transformação social e favorecem a recomposição e transformação de diferentes grupos socioprofissionais. Neste caso particular da área da saúde nomeadamente dos diferentes grupos que compõem o domínio das tecnologias da saúde (e dos grupos das terapias), mais especificamente do grupo profissional dos fisioterapeutas aqui estudado.

É, no entanto, difícil compreendê-las sem falar em autonomia e na tentativa constante de a delimitar, por parte dos grupos profissionais dominantes como é o caso da profissão médica, baseada, como anteriormente já referimos em saberes analíticos de conceção, com prejuízos deliberados na atividade dos restantes grupos profissionais.

A história da fisioterapia, como aliás a de outras profissões das tecnologias da saúde cuja génese é relativamente recente têm em comum o fato de se tratar de profissões que surgiram com um carácter inicial de atividade essencialmente técnica, baseada nos saberes práticos de execução, e com o seu percurso intimamente ligado à profissão médica, da qual tem vindo a tentar constantemente a autonomização. Nos últimos anos têm-se verificado alterações do seu paradigma, com a progressiva diminuição da dependência da classe médica e crescente autonomização profissional. Falamos de autonomia, apenas quando a um grupo de profissionais é reconhecido um conjunto de saberes próprios e “*um estatuto social fundamentado num código de conduta legitimado por organizações profissio-*

*nais específicas, diretamente relacionadas com a ordem social.*” (Santos, 2011, p.30). Esta é o “controlo do conhecimento”, que assume em Portugal um papel fundamental quando segundo Lopes (1994) “*o fisioterapeuta não está obrigado, do ponto de vista legal a depender de uma prescrição médica para tratar ou cuidar de um utente, [pois] os diferentes códigos de ética referem que ele deve realizar a sua intervenção em cooperação com o médico do utente*” para benefício do mesmo (Lopes, 1994, p.41), no entanto tal contrapõe o legislado no Dec. Lei 564/99 de 22 de Dezembro, que refere que os mesmos atuam conforme indicação clínica.

O seu percurso tem, no entanto, evoluído ao longo dos anos, de uma atividade meramente técnica, na qual os seus profissionais estavam claramente sob a dominância da classe médica, executando as tarefas por esta delegada, para profissionais com o seu exercício baseado em atividades fundamentadas em saberes teórico técnicos e científicos adquiridos ao longo da sua formação e seguindo um código de ética próprio. Este de uma forma geral ao nível das profissões, incorpora e expressa a consciência coletiva dos seus profissionais, e regula as condutas científicas, expressando desde logo uma maior autonomia.

No caso específico dos fisioterapeutas, esse código tem diferentes pontos entre os quais o respeito pelos direitos e dignidade de todos os indivíduos, o atuar de acordo com as leis e os regulamentos que gerem a prática da fisioterapia no país onde desempenha as suas funções, assumindo a responsabilidade e as decisões da sua prática profissional, realizada sempre com base num serviço profissional honesto, competente, com qualidade e de acordo com as políticas e os objetivos definidos pela sua Associação. Tem ainda direito a um justo nível de remuneração, prestando informações corretas aos seus clientes, e pares, contribuindo assim para o planeamento e desenvolvimento dos serviços de saúde onde exerce a sua atividade. Segundo diferentes autores o código de ética surge da necessidade de proteger o património profissional e o reconhecimento do estatuto profissional.

É importante compreender aqui, a trajetória de profissionalização dos Fisioterapeutas, numa perspetiva sociológica, sendo perceptível nas últimas décadas, que os grupos ocupacionais da área das tecnologias

da saúde têm desenvolvido uma trajetória de luta pela afirmação e autonomia rumo à profissionalização, constituindo esta questão “o domínio em que as relações de poder – nas quais se inscrevem as estratégias e trajetórias de profissionalização – assumem maior evidência” (Lopes, 2006, p.109).

De um ponto de vista micro social, a fisioterapia enquanto profissão de saúde integra o universo dissemelhante das tecnologias da saúde, composto inicialmente por 18 grupos socioprofissionais integrados na carreira técnica de diagnóstico e terapêutica, sendo estes: 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; Fisioterapeuta; Higienista Oral; Técnico de Medicina Nuclear; Técnico de Neurofisiologia; Ortopotista; Ortoprotésico; Técnico de Prótese Dentária; Técnico de Radiologia; Técnico de Radioterapia; Terapeuta da Fala; Terapeuta Ocupacional; Técnico de Saúde Ambiental.

Estas 18 profissões “compreendem a realização de atividades no âmbito da saúde, tendo como matriz a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença ou de reabilitação” e “desenvolvem-se em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional” (DL n.º 320/99, 11 de Agosto). Atualmente este grupo de grupo profissões sofreu uma reorganização com a junção de alguns cursos, dando origem aos seguintes GSP: Ciências Biomédicas Laboratoriais; Dietética e Nutrição; Fisiologia Clínica; Farmácia; Fisioterapia; Imagem Médica e Radioterapia; Ortoprotésia; Ortopóptica e Saúde Ambiental.

Talvez por isso se verifique ainda ao nível da fisioterapia uma visibilidade social relativamente reduzida.

No entanto e apesar de integrada neste ainda vasto grupo, a fisioterapia possui dinâmicas, símbolos e valores próprios, sendo considerada uma profissão emergente pelo fato de possuir “um número definido de pessoas a praticar uma técnica fundada sobre uma formação especializada, [com o objetivo de dar] resposta a necessidades sociais” (Rodrigues, 1997, pp. 7-8). Esta autora menciona ainda que a fisioterapia está integrada nas pro-

fissões intermédias “tanto no que respeita ao nível de qualificação exigido como ao grau de autonomia ocupacional. [sendo estes] grupos ocupacionais de emergência recente em resultado de processos de especialização ao nível dos sistemas de ensino e/ou de trabalho.” (Rodrigues, 2012, p.52).

Torna-se essencial contextualizar no tempo, a atribuição do título profissional a este grupo profissional, tendo-se vindo a observar um significativo aumento do número de instituições de ensino da fisioterapia em Portugal. Segundo a Direção Geral do Ensino Superior são já onze as escolas privadas e sete as públicas, refletindo-se esta variedade no número de vagas acrescido, e conseqüentemente no crescimento abrupto ao nível do número de licenciados, o que origina grandes repercussões ao nível do mercado de trabalho. O seu percurso é ainda relativamente curto, tomando como exemplo, situações semelhantes ocorridas em outros países Europeus.

Gouveia (1990) refere que a evolução das práticas dos fisioterapeutas tornava completamente descontextualizadas as prescrições e diagnósticos médicos, sendo estes totalmente formatados e desadequados, conducentes a um conjunto de listagens de técnicas e tratamentos, que como que “fragmentam” o doente, não sendo de todo possível ter deste uma visão holística. Esta autora caracterizou a atuação dos fisioterapeutas, que atuam preferencialmente integrados em equipas multidisciplinares, valorizando os ganhos efetivos da qualidade de vida dos seus doentes/utentes. Após a determinação de um diagnóstico em fisioterapia, os doentes/utentes cumprem um plano personalizado de tratamentos, especificamente orientado para a sua própria condição física.

O fisioterapeuta deve então ser reconhecido como, um profissional com poder de resolução de problemas específicos e não, simplesmente como um executor de uma listagem de técnicas. Atualmente ainda podemos verificar uma componente tutelar por parte dos médicos fisiatras sempre que, existam protocolos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) bem como com alguns subsistemas de saúde da realidade portuguesa.

Com base no substancial aumento dos saberes e competências bem como, da possibilidade de forma-

ção académica ao mais alto nível, os fisioterapeutas têm como objetivo primordial serem considerados profissionais de primeiro contato, o que torna completamente despropositado o anterior modelo de desempenho. Atualmente estes detêm formação base ao nível de licenciatura, com a possibilidade de acederem a mestrados e doutoramentos na área da fisioterapia. A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), como única representante dos fisioterapeutas portugueses, refere que o nível da autonomia profissional em Portugal se encontra muito abaixo dos padrões europeus, mais por razões sociológicas do que técnicas, e em muitos casos por razões meramente administrativas e de natureza política.

## 2- Fisioterapia e a sua Evolução Histórica

A fisioterapia tem evoluído profundamente ao longo dos anos, tendo características diferentes consoante o país no qual é desenvolvido o exercício da profissão e os contextos históricos, políticos e sociais que influenciaram o seu percurso, tanto ao nível do exercício como das práticas, ou ainda do ensino e da formação. Apesar das suas práticas serem ancestrais necessitam de elementos de suporte enquanto ocupação e ou profissão. Estes tornam-se fundamentados quando passam de saber empírico para conceitual, com a criação de escolas e cursos específicos.

Foram países precursores deste processo a Inglaterra e os Estados Unidos da América, o primeiro onde nos séculos XVIII e XIX ocorreu a Revolução Industrial, originando grandes transformações económicas, sociais e tecnológicas, e o segundo por determinar modelos e técnicas utilizadas mundialmente após a II guerra mundial. Ao nível da educação e da saúde, origina a fisioterapia “científica” que reflete as alterações ocorridas no mundo e estabelece modelos de ação e de práticas profissionais. As primeiras escolas com oferta de formação em fisioterapia de que há registo são da Europa, mais especificamente de, Inglaterra e Alemanha, a primeira com oferta de cursos formais em educação física e fisioterapia, na *Sargent School* escola fundada em 1881 pelo médico Dudley Allen Sargent em Boston, e na Alemanha, com as escolas de Kiel (1916) e Dresden (1918). No início do século XX foram igualmente criadas as primeiras

escolas nos Estados Unidos e mais tarde no Canadá e Austrália, sendo entre os anos 40 e 60 que muitos países do Continente Americano, Ásia e África começaram a formar fisioterapeutas.

A evolução da fisioterapia nestes países é essencialmente impulsionada pelo número crescente de epidemias e também como consequência das grandes guerras ocorridas, alterando-se os paradigmas no atendimento dos doentes, passando o leque de profissões necessárias a ser muito mais abrangente, não sendo já restrito a algumas poucas profissões. Nessa base, formam-se equipas de profissionais de saúde com diferentes funções, e surgem pela primeira vez cursos de formação de fisioterapeutas.

Em Portugal esta profissão surge essencialmente devido ao fato de ser premente corrigir necessidades, e “*indispensável promover a formação do pessoal técnico especializado*” (Portaria n.º. 22034 de 4 de Junho de 1966) tendo como objetivo a rentabilização dos recursos, com vista a uma resposta eficaz às necessidades criadas pelo contexto de guerra em que Portugal vivia no Ultramar. Anteriormente as funções desempenhadas por os fisioterapeutas com título profissional eram executadas por profissionais técnicos, (Diário do Governo n.º. 293 de 27/12/1901), e nos anos 30 eram os próprios médicos que reclamavam o título de fisioterapeuta, na sequência do Decreto-Lei n.º. 28794, de Julho de 1938, como já referido anteriormente.

Com a formação da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), fundada em 1951 no Reino Unido, dá-se um largo passo em direção ao trabalho uniformizado, e esta torna-se a voz internacional da fisioterapia. Os fisioterapeutas ingleses foram, na década de 60 os primeiros formadores ao nível do ensino da fisioterapia em Portugal, sendo precisamente em 1960 que é fundada a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), sob a forma de associação profissional, passando a representar os Fisioterapeutas Portugueses nas organizações internacionais, e enquanto associação profissional, define o campo de ação do exercício da Fisioterapia em Portugal. No ano de 1966 a Portaria n.º. 22034 de 4 de Junho confere de forma oficial e a partir dessa data, o título de fisioterapeuta, tendo sido criada na época oficialmente a Escola de Reabilitação integrada no Centro de

Medicina de Reabilitação, instituição da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), era então condição de acesso à Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA) o 7º ano dos Liceus. O título era atribuído unicamente aos profissionais diplomados pela SCML, mas posteriormente alargado a todos os indivíduos com aprovação nos Cursos de Reabilitação realizados pela SCML desde 1957, o que significa que os primeiros fisioterapeutas datam desse mesmo ano, quando a SCML inicia por iniciativa própria os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Como definição de fisioterapia a WCPT diz tratar-se de um serviço de prestação de cuidados de saúde a indivíduos e populações com o objetivo de desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e capacidade funcional dos mesmos ao longo da vida, sendo o movimento funcional fundamental para o que significa ser saudável (WCPT, 2016). Esta e o Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia (CPLF EU) admitem desde 1995, a diversidade cultural, política e económica da Fisioterapia mundial, e seguindo como exemplo o Reino Unido e os Estados Unidos, adverte para a necessidade de todos os países adotarem ciclos de estudos ao nível universitário com duração mínima de quatro anos, de forma a aceder ao título profissional de fisioterapeuta. Com Processo de Bolonha assinado em 1999, o ensino e prática da fisioterapia no espaço europeu tende para a uniformização, no entanto nem em todos os países que assinaram o acordo, isto se pode verificar no que confere à atribuição do diploma e tempo de formação inicial.

Segundo o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro e a WCPT é da competência do Fisioterapeuta enquanto profissional qualificado, a avaliação, diagnóstico e prognóstico em fisioterapia, planeamento, intervenção/ tratamento e reavaliação, com vista à identificação e maximização do potencial do movimento, no contexto da promoção, prevenção, ensino, tratamento e reabilitação, referenciando sempre que necessário a outros profissionais de saúde. Estes prestam serviços cujos objetivos visam então a obtenção e/ou manutenção da função e da qualidade de vida dos utentes, atuando quando o movimento e/ou a função estão comprometidos pelo processo de envelhecimento, lesão ou doença. Atuando na recuperação, reeducação, reabilitação e prevenção de

incapacidades, originadas por disfunções físicas, do foro funcional músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, mas também nas disfunções psíquicas, com o objetivo de assegurar um bem-estar físico, psicológico, emocional e social bem como desenvolver a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos doentes/clientes.

No entanto atualmente ao nível das práticas as alterações ocorridas são ainda insuficientes, pois estes têm ainda de lidar com a “supervisão” da classe médica, que por poder e imposição legal, controlam a execução dos atos por si prescritos nas práticas dos fisioterapeutas, funcionando ainda hoje como um forte constrangimento ao exercício profissional.

Apesar da formação e competências alcançadas ao longo do tempo, tanto ao nível da formação base como da pós-graduada, a prática clínica baseia-se em hábitos interiorizados ao longo do tempo, resultantes maioritariamente de um contexto socioprofissional imperfeito e abstraído da uma nova realidade, o que conduz ao “mero envolvimento dos trabalhadores na execução das tarefas e não na autonomia e na tomada de decisão sobre as mesmas” (Silva, 2004:23).

Esta é uma interação abrangente que envolve não só o fisioterapeuta, o doente/utente, a sua família/cuidadores, outros profissionais de saúde e a comunidade num processo de avaliação das capacidades do indivíduo, estabelecendo metas, objetivos, e utilizando conhecimentos e competências únicas dos Fisioterapeutas (WCPT, 2016). A prestação de cuidados de saúde efetuada pelo fisioterapeuta pode desenvolver-se em diferentes sectores, e ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários, continuados e paliativos sempre integrados em equipas multidisciplinares e sujeitos aos princípios éticos da WCPT (WCPT, 2016).

Importa salientar que no campo de ação dos fisioterapeutas, a aposta ao nível da progressão das carreiras com base essencialmente no aumento constante dos seus saberes, e das suas competências (formação ao longo da vida), quer por troca de conhecimentos com os seus pares, ou por experiências de nível interprofissional e hierárquico, resultam das interações dentro das organizações. A aceleração das mudanças e a insegurança das suas atuações obriga-os a recor-

rerem à formação contínua, representando esta uma mais-valia para o desempenho das suas práticas diárias. Deontologicamente a formação remete para uma atualização constante, com o objetivo de garantir um aumento da eficiência e eficácia ao nível do desempenho profissional. *“Já não são suficientes os saberes herdados, é fundamental construir, novos saberes, em face de novas necessidades.”* (Lopes,1990, p.11), e têm igualmente uma função determinante no processo de construção da identidade profissional, contribuindo ativamente para a constante elaboração do próprio eu e da representação do mesmo em relação aos outros, *“A nossa identidade tem de ser continuamente confirmada pelos que nos rodeiam nos diversos contextos de interação”* (Brandão, 2014, p.74).

A luta por uma identidade profissional conduziu a Fisioterapia a um patamar de procura da consolidação do prestígio social que urge promover, e que poderá levar à conquista duma “real” autonomia e ao aumento da responsabilidade, horizonte tão desejado por estes profissionais.

### **3- Organizações Representativas do Grupo Profissional**

A Fisioterapia é uma profissão regulamentada, os seus profissionais são formados com base numa educação específica e segundo as normas internacionais, o que torna possível o seu exercício profissional em qualquer país do mundo. São várias as organizações representativas da fisioterapia enquanto profissão, a WCPT sem dúvida é a mais abrangente e representativa a nível internacional. Esta atua de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem como visão a elaboração e divulgação de diretivas com vista ao desenvolvimento e reconhecimento mundial da profissão através do seu papel significativo na melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos.

Em 21 de Janeiro de 2016 foi assinado em Bruxelas, um memorando de entendimento entre a European Region of the World Confederation for Physical Therapy / Physiotherapy (ER-WCPT) e o Standing Committee of European Doctors (CPME) que reflete um compromisso acordado entre as duas profis-

sões de trabalho conjunto para uma saúde de alta qualidade para todos os doentes da UE. Este torna fisioterapeutas e médicos parceiros na prestação de cuidados de saúde de qualidade, assim a WCPT cumpre um dos seus objetivos centrais, o “elevar” do perfil da fisioterapia com vista ao reconhecimento da autonomia da profissão. De notar que esta confederação foi fundada em 1951 e representa neste momento mais de 350.000 fisioterapeutas em todo o mundo através de suas 111 organizações membro, estando sediada no Reino Unido como organização sem fins lucrativos e registada como instituição de caridade. Entre 1998 e 2010 o fisioterapeuta português António Lopes foi o Chairman da Região Europeia da Confederação Mundial de Fisioterapia e Chairman do respetivo Grupo de Trabalho sobre Ensino da Fisioterapia, em representação da APF.

O Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans l’Union Européen (CPLKUE) é a organização Europeia que agrega as associações profissionais de cada país da UE, têm um papel relevante ao nível da educação, e estabelece como prioridade a livre circulação de Fisioterapeutas na UE. Para esta a educação deve cumprir um plano de estudos com a duração de quatro anos que envolva os professores na integração dos programas de intercâmbio, e estimule a aprendizagem continua conducente a outros graus académicos. A European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) é a organização que reúne todas as instituições de ensino que lecionam ao nível superior a Fisioterapia, e o seu respetivo docente representante, trabalha em conformidade com a WCPT e CPLKUE, nela são definidas estratégias de ensino e facilitação de programas de intercâmbio de alunos e professores (Fernandes, 2003).

A nível nacional foi fundada em 1960 a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), sob a forma de associação profissional, que representa os Fisioterapeutas Portugueses ao nível nacional e internacional. Assume um papel de defesa dos “direitos e prerrogativas dos seus associados e [mantêm], quer a nível nacional, quer internacional, relações com organizações congéneres.” (APF Estatutos, Art.º 2-d), defende a ética, a deontologia a qualificação e o desenvolvimento da profissão.

No ano de 1999 foi fundado o Sindicato dos Fisio-

rapeutas Portugueses (SPF) que recebe apoio de outros sindicatos dos técnicos dos vários ramos da saúde, “Desde o início do Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP), em 16 de Janeiro de 1999, que os fisioterapeutas têm um parceiro social próprio, que os defende e representa” (SFP, 2016). É uma associação sindical que abrange todos os Fisioterapeutas independentemente do local onde exerçam a sua atividade. Tem como principal objetivo a defesa e dignificação do exercício da Fisioterapia, e ainda a proteção dos direitos e interesses dos seus profissionais. Dedicar-se igualmente à promoção da formação profissional, deontologia, qualidade e condições de vida e de emprego dos Fisioterapeutas (SFP Estatutos, 2016).

Para além destas, a World Health Professions Alliance (WHPA), que foi fundada em 1999 *“speaks for more than 26 million health care professionals worldwide, assembling essential knowledge and experience from the key health care professions in more than 130 countries.”* (WHPA, 2016).

A WCPT foi aceite desde 2006 pela WHPA e desta forma a Fisioterapia está nela integrada de forma análoga a outras quatro grandes profissões de saúde - Enfermeiros, Médicos, Dentistas e Farmacêuticos - o que permite ao Fisioterapeuta trabalhar em estrita colaboração com os demais profissionais de saúde de todo o mundo, não abdicando no entanto do cumprimento dos padrões que regem o seu exercício profissional, estando estes refletidos nas Declarações de Princípios de Recomendações da WCPT e vinculados no Art.º 2º dos Estatutos da APF. Esta situação coloca a fisioterapia num grau de diferenciação em relação às demais profissões que integram o conjunto das terapias. Também mais recentemente, na Classificação Internacional de Profissões (CIP) – International Standard Classification of Occupation (ISCO) os fisioterapeutas foram retirados do grupo dos “técnicos e profissões associados”, para serem integrados na seção dos “profissionais de saúde”. Esta (re) classificação coloca assim os fisioterapeutas no grupo de profissões de saúde em paridade com médicos e enfermeiros entre outros, o que contribui para o reconhecimento desta profissão de saúde dando-lhe assim uma maior visibilidade social.

#### 4- Lógicas do percurso formativo nas malthas da construção do profissionalismo

Ao nível do ensino e formação são enormes as alterações ocorridas ao longo dos anos, sendo inicialmente baseados fundamentalmente na componente prática e na arte do saber fazer. Em Portugal estes profissionais eram puramente técnicos, e o Diário do Governo n.º. 293 de 27/12/1901, situa então a presença de profissionais não médicos a praticar fisioterapia em organizações oficiais de saúde, assinalando a criação e organização de um laboratório de “análise” clínica no Hospital Real de S. José, reportando-se às diferentes seções do mesmo.

Este documento não reflete ainda qualquer menção aos requisitos de formação para os profissionais que haveriam de desempenhar as funções referidas no texto. Mas posteriormente, podemos verificar que em alguns hospitais, nomeadamente nos Hospitais Cívicos de Lisboa, o acesso às funções no âmbito da fisioterapia estava dependente de um concurso prático, ao qual tinham acesso candidatos com o exame de prática e o curso geral de Enfermagem da Escola Artur Ravara.

Nos anos 30 eram os próprios médicos que se interessaram e especializaram na área, que reclamavam o título de fisioterapeuta na sequência do Decreto-Lei n.º. 28794, de Julho de 1938. Sendo substituído mais tarde pela designação de fisiatra ou especialista em medicina física e reabilitação.

Já as denominações dos profissionais que executavam a fisioterapia aparecem neste Decreto-Lei, referidas à época e até aos anos 50 de forma disparata como: "auxiliares de fisioterapia", "segundos ajudantes técnicos de fisioterapia" e ainda "ajudantes técnicos de fisioterapia", nunca sendo utilizado o termo fisioterapeuta, estando tal designação relacionada com o tipo de formação, destes profissionais.

Esta foi considerada a fase das técnicas médicas que ocorre entre 1901 e 1960 altura em que os hospitais e outras instituições de saúde promoviam, nos seus serviços, a formação informal de profissionais com funções de fisioterapeutas.

Já nos anos 70 verificam-se grandes alterações prin-

principalmente com a enorme transformação social ocorrida em 1974. Pode considerar-se que entre 1961 e 1976 se inicia o processo de aquisição de identidade própria por parte das profissões das tecnologias da saúde e da fisioterapia em particular. Desde logo estes profissionais tentam alcançar o reconhecimento académico de formação, com a proposta de integração no sistema educativo ao nível do ensino superior, esta foi mesmo negociada com Ministério da Educação, que pretendia possibilitar um ensino superior de curta duração para as profissões da área da saúde, foi inclusivamente pedido em 1979 um parecer internacional, defendendo esse desde logo, a possibilidade da implementação dos referidos cursos ao nível do ensino superior, adotando o modelo de formação académica e não de ensino técnico, como o até então desenvolvido, com o objetivo de contextualizar estes profissionais ao nível europeu. O modelo seguido pela Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA) formava já à época fisioterapeutas com um nível de aceitação internacionalmente.

Em 1977 a ERA passa para a tutela da Direção Geral dos Hospitais (DGH), discordante na época, da integração da formação dos fisioterapeutas ao nível superior de ensino, o que inviabilizou a ansiada alteração. No ano de 1979 é criado o Ensino Superior Politécnico, e com ele surgem os Institutos Superiores Politécnicos de Lisboa e do Porto, e as Escolas Superiores de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º. 513-T/79 de 26 de Dezembro, (que apenas são viabilizados nos anos 90). A entrada nos anos 80 conduz esta profissão a um retrocesso, verificado pela criação dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica de Lisboa, Porto e Coimbra, através da Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro, com o objetivo de substituir os Centros de Formação criados em 1961.

Estes novos centros de formação passam a ser coordenados pelo Departamento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, e formam fisioterapeutas segundo o Decreto-Regulamentar n.º. 87/77, neste é referida, “*A natureza especial das atividades profissionais do pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, que o distingue no conjunto em que se enquadra, [e] obrigou ao estabelecimento de uma carreira independente das dos restantes componentes desse conjunto.*”

Foi assim criada a carreira de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, que vigora e a partir de então nos serviços dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais, e que abrange profissionais tão diferentes como: audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas, e cuja condição de acesso era o 9º ano de escolaridade.

Este decreto provoca desde logo um forte protesto por parte da APF, levando posteriormente à publicação de um despacho que determina a cessação da formação de fisioterapeutas nos já referidos Centros de Formação. Em 1982 o Decreto-Lei n.º. 371/82, de 10 de Setembro, viabiliza a retificação das estruturas de ensino, e considera como sistema de formação de fisioterapeutas a ERA e as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e de Coimbra (ETSS), às quais são atribuídas responsabilidades ao nível do desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais aí formados.

Em 1985 o Decreto-Lei n.º. 384-B/85, de 30 de Setembro, extingue Carreira de Técnico Auxiliar e cria a de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que inclui os fisioterapeutas, e onde é feita uma revisão curricular e do seu perfil profissional, passando a ser condição de acesso o 12º ano de escolaridade.

Em 1986 e com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), torna-se premente a regulação da formação dos fisioterapeutas e dos TDT de uma forma geral, respeitando as novas Diretivas Europeias (Diretiva Geral n.º.89/48 de 21 de Dezembro de 1988). Este foi sem dúvida um período de transição, mas com marcantes investimentos ao nível científico-pedagógico o que permitiu posteriormente a integração da Fisioterapia no ensino superior. Nesse mesmo ano as ETSS iniciam o Curso Complementar de Ensino e Administração (CCEA) como única formação pós-graduada dos TDT, e que possibilita o exercício de competências no sector da administração e do ensino que posteriormente dá origem ao Diploma de Estudos Superiores Especializados (DESE), extinto nos anos 90 com o aparecimento das Escolas Técnicas.

Apenas em 1993, e com base no Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS) são integradas no sistema educativo nacional de Ensino Superior Politécnico e passam a ter a designação de Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (ESTeS) de Lisboa, Porto e Coimbra, conferindo o grau de Bacharel. “*Ao desenvolvimento e evolução das tecnologias da saúde, atenta a necessidade de melhorar os padrões de qualidade das prestações de saúde, têm-se associado modelos compatíveis de formação de profissionais de saúde. Procurou-se, através dessa formação, corresponder às crescentes exigências de qualidade sentidas neste âmbito (...)*” (Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro)

Seguem-se a Escola de Saúde Militar (ESM) e a ERA. Esta, no entanto, enquanto parte integrante do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA) é considerada Estabelecimento de Ensino Superior Privado e Cooperativo, alterando a sua designação para Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA)

Com a obtenção do grau académico de Bacharelato, criou-se a possibilidade de posteriormente se obter o grau de Licenciado, com a aprovação dos Cursos Bietápicos de Licenciatura das ESTeS de Lisboa, Porto e Coimbra, do qual resulta um aumento do nível da qualificação e grau académico. Os fisioterapeutas assumem a partir de então de forma mais abrangente a sua própria docência, e passam a ter a maior responsabilidade na sua formação. A esta época corresponde um aumento exponencial de estabelecimentos de ensino superior (públicos e privados) que passam a ministrar o curso de Fisioterapia. Em 1999 e com a implementação do Processo de Bolonha assinado por vinte e nove (29) países e posteriormente na cimeira de Praga acordada a entrada de mais três (3), surge a tentativa de uniformização e equidade do ensino superior ao nível do Espaço Europeu, com o apelo à promoção da competitividade internacional. Este adota um sistema de graus, o que torna mais fácil a comparação, e um sistema de dois ciclos, o primeiro denominado de Graduado com a duração mínima de três anos, e o segundo Pós-Graduado, com duração variada conforme o objetivo seja, a obtenção do grau de mestre ou doutor. É então mais fácil a mobilidade de estudantes, professores e investigadores, e os critérios de avaliação da

qualidade do ensino, que passa a ser mais equiparável. (*The Bologna Declaration* of 19 June 1999). Entre 1999 e 2010, todos esforços dos membros envolvidos neste processo foram direcionados para a criação do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), que se tornou real com a Declaração de Budapeste, em Março de 2010. (European Higher Education Area, 2016)

Com base numa autonomia científica e pedagógica própria, as escolas dão início em Fevereiro de 2000, ao 2o ciclo de estudos, sendo entregues os primeiros diplomas aos Licenciados das Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra nesse mesmo ano.

Em 2009 este passa a licenciatura de um só ciclo com a duração de quatro anos letivos, o que permite o acesso a cursos de mestrado e de doutoramento. No mesmo ano é autorizado o ensino ao nível de mestrados nas Escolas do Ensino Superior Politécnico, reconhecendo assim a qualidade científica e os saberes do seu ensino. Atualmente dispomos de um grupo de profissionais cuja formação é efetuada em escolas de formação superior, que transmitem e desenvolvem a especialização dos saberes, associações profissionais que contribuem para a promoção dos símbolos e valores da Fisioterapia, e que contribuem para o desenvolvimento e evolução da profissão bem como do exercício da mesma em Portugal.

Internacionalmente a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) recomenda que a fisioterapia tenha como base de ensino a formação de nível universitário por um período mínimo de quatro anos, com o objetivo do reconhecimento profissional, preparando os alunos para serem profissionais autónomos. Esta formação inclui atualmente no seu ensino conhecimentos teóricos e práticos, de forma a proporcionar a aquisição das competências essenciais ao perfil do Fisioterapeuta.

O aumento destas competências reflete-se igualmente ao nível dos planos de estudos, que ao longo dos anos tem sofrido diferentes alterações, desde o plano inicial, à passagem a bacharelato, na integração no ensino superior, com a licenciatura bietápica, passando pelo marco fundamental do processo de Bolonha e a adaptação ao pós Bolonha, chegando à atualidade

e ao desafio de preparar estes profissionais para novas e bem fundamentadas práticas profissionais.

Podemos verificar que a formação inicial teve por base as “alterações futuras aconselhadas pela dinâmica natural do ensino e pelas novas aquisições da ciência e da técnica”, (DR. n.º38 de 16/2/1983) e a 13 de Janeiro de 1983 por despacho do secretário de estado da Saúde, foram homologados os programas dos diferentes cursos, dos profissionais de saúde com perfil de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica no qual se integra a fisioterapia, inserida no ramo cinesiológico.

A formação inicial era composta por três anos, os quais se dividiam em Formação Básica, Formação Técnica e Estágio, e tomando como exemplo o plano do triénio de 1982/85 podemos ver nos quadros abaixo a constituição do seu plano de estudos (Quadro 1).

Na fase inicial de formação eram facultadas ao aluno uma variedade de noções consideradas à época fundamentais para a formação de técnicos competentes e que incluía uma fase genérica comum a todos os cursos e uma fase sectorial, destinada a complementar os conhecimentos básicos e específicos de cada grupo profissional.

Também na fase de formação especificamente técnica eram ministrados aos alunos conteúdos diversificados com o objetivo da maior abrangência ao nível das competências técnicas e intelectuais, abarcando áreas como próteses e ortóteses, ou ainda psiquiatria e enfermagem.

No 3º e último ano de formação, na sua totalidade os alunos frequentavam um estágio orientado, com o objetivo de efetuarem o primeiro contato com o contexto laboral e a relação técnico/doente, que ocorria na totalidade integrado num serviço, em contexto hospitalar.

Este plano de estudos como podemos ver, reflete a natureza das funções exercidas por estes profissionais, cuja carreira “*integra funções de natureza técnica e, para efeitos de estruturação dos respetivos quadros de pessoal, inserem-se no grupo de pessoal técnico*” (DR. n.º 225 de 30/9/1985 – Art.º 2.º). Ou seja, funções meramente técnicas, atuando integrados “*numa equipa de saúde,*

*enquadrada e sob prescrição do respetivo elemento médico ou técnico superior*” (DR. n.º 225 de 30/9/1985 – Art.º 4.º).

Quadro 1: Plano de Estudos 1982/1985 – 1º Ano

<b>FORMAÇÃO BÁSICA – 1º Ano</b>
Células e Tecidos
Deontologia Profissional
Introdução à estatística
Noções Gerais de Anatomia Humana
Noções Gerais de Física e Biofísica
Noções Gerais de Fisiologia Humana
Noções Gerais de Psicossociologia
Noções Gerais de Química e Bioquímica
Noções Gerais de Saúde
Noções Gerais de Terapêutica
Noções Sumárias de Enfermagem e Socorrismo
Prevenção e Acidentes de Acidentes e Segurança no Trabalho
Língua Inglesa
<b>FORMAÇÃO TÉCNICA – 2º Ano</b>
Anatomia Descritiva
Fisiologia Histologia e Embriologia
Patologia Especial
Psicologia Geral e Clínica
Cinesilogia
Anatomia Funcional
Próteses e Ortóteses
Psiquiatria
Psicomotricidade
Eletroterapia
Exercícios Terapêuticos
Hidrobalneoterapia
Hidroterapia
Análise de Movimento
Técnicas Especiais
Massagem e Hidromassagem
Treino Funcional e Ambulatório
Noções Práticas de Enfermagem
Treino Funcional de Enfermagem
Tecnologia Aplicada
Testes Musculares
Educação Física
<b>ESTÁGIO – 3º Ano</b>

Fonte: Elaboração própria com base no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de Janeiro de 1983, publicado no DR n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983

Era então um técnico meramente executor que cumpria exclusivamente uma prescrição terapêutica efe-

tuada pelo elemento médico da equipa de saúde, mas, no entanto, já lhe era concedida a possibilidade de “*programar, executar e avaliar as técnicas adequadas*” (DR. n.º 225 de 30/9/1985 – Art.º 4.º) tendo de comunicar os resultados obtidos aos restantes elementos da equipa.

Este despacho refletia já no seu Art.º 8.º a possibilidade dos técnicos detentores do Curso Complementar de Ensino e Administração terem a possibilidade de exercer funções de docentes nas escolas mencionadas no Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro (Cria as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, de Coimbra e do Porto) cabendo-lhes a regência das disciplinas compatíveis com as suas habilitações.

Nos anos 90 realiza-se a integração no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior e em 1990 são publicados novos planos de estudo dos cursos administrados pelas 4 escolas, estes servirão de base à implementação de um modelo pedagógico inovador, centrado na interdisciplinaridade e no aprofundamento dos saberes próprios das profissões das tecnologias da saúde (Despacho n.º 18/90, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR n.º 208, de 8 de Setembro de 1990).

Em 1993/1994 dá-se a integração do ensino das tecnologias da saúde no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico (cursos de Bacharelato), passando as referidas escolas a serem designadas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro) sob dupla tutela do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, e Escola Superior de Saúde do Alcoitão, sob tutela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e do Ministério da Saúde.

Em 1998 através da Portaria n.º 363/98 de 26 de Junho e sob proposta dos conselhos científicos de todas as escolas existentes, os cursos das referidas escolas são equiparados ao grau de Bacharel, tendo sido mantidos os planos de estudos. No ano de 1999 a Portaria n.º 505-D/99 de 15 de Julho, aprova o regulamento geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde para as Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto. Verificando-se a alteração do plano de estu-

dos através da Portaria 31/99 de 20 de Janeiro, estes são aprovados e aplicados progressivamente em cada ano letivo, a partir do ano de 1998-1999, inclusive. No entanto só a Portaria n.º 3/2000 de 4 de Janeiro aprova o regulamento geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde. No mesmo ano, através da Portaria 1128/2000, de 28 de Novembro e considerando o disposto no Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde, aprovado pela Portaria n.º 3/2000, de 4 de Janeiro e considerando ainda o disposto na Portaria n.º 505-D/99, de 15 de Julho, ao abrigo do disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 280/97, de 15 de Outubro, são aprovados os planos de estudos para a licenciatura bietápica.

Sendo o primeiro constituído por três anos de formação com a duração de seis semestres conduzindo ao grau de Bacharel, com uma carga horária total entre duas mil e duzentas horas e duas mil e seiscentas horas de formação.

O segundo ciclo era constituído por um único ano de formação, com a duração de dois semestres, conduzindo ao grau de Licenciado, com uma carga horária total entre setecentas e mil horas de formação, “organizada de forma a assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação adquirida no 1º ciclo” (Portaria n.º 3/2000, de 4 de Janeiro, Art.º 4.º, 2-) incluindo diferentes disciplinas de formação.

Na sequência do Despacho n.º 3205/2012, foi alterado o plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Fisioterapia (licenciatura de raiz), ministrado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa.

Neste momento procede-se à alteração do plano de estudos do curso de fisioterapia da ESTEsL na sequência do processo da avaliação efetuada pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) sendo esta um elemento facilitador para tal decisão por parte dos órgãos competentes e com poder decisivo na organização. Este processo, no entanto, encontra-se em fase de resolução e por não estar ainda não concluído, não me é permitido divulgar as possíveis alterações.

No entanto o mesmo pretende de forma abrangente, responder às atuais necessidades de formação destes profissionais, e engloba diversas áreas científicas entre elas: ciências do movimento humano, do comportamento e desenvolvimento, bio morfológicas, metodologia de investigação. E unidades específicas como, prática clínica e educação em áreas como a músculo-esquelética, neuromuscular, cardi-respiratória e pediatria entre outras. A diversidade da sua prática requer desde logo um vasto leque de competências, que devem ser desenvolvidas primeiramente, através da prática em pares (observação, palpação e analisar o movimento humano em contexto de sala de aula/ginásio) ainda antes da sua aplicação em contexto clínico. As estratégias e métodos de ensino, aprendizagem e avaliação são definidos por cada instituição, devendo, no entanto, refletir no “produto final” os resultados da aprendizagem necessária ao curriculum profissional definida pela WCPT. Esta considera fundamental a formação com base na responsabilização para a realização da prática da Fisioterapia, de acordo com a melhor evidência disponível, e que a APF considera como sendo a informação com validade e relevância, utilizada para legitimar o processo de tomada de decisão, fundamentada em resultados de investigação e consolidada com a experiência clínica sem, no entanto, esquecer as crenças, valores e contextos socioculturais.

Já para além do processo de Bolonha, percebemos o interesse constante por parte das instituições de ensino, e a procura tendencial na qualificação avançada (graduada e pós-graduada) por parte dos profissionais, o que conduziu inicialmente de forma crescente, à implementação de programas de mestrado e doutoramento em fisioterapia.

Assim e nos últimos dezasseis anos ao nível do 1º ciclo a oferta é de 7 instituições públicas e 12 privadas, o 2º (mestrado) e 3º (doutoramento) ciclos, contam já com cerca de 12 programas de mestrado, e 1 de doutoramento.

Ao nível do 2º ciclo os objetivos passam por aumentar as competências especializadas, analisar e avaliar informação, consolidar bem como aumentar, um corpo sistemático e coerente de conhecimento, sendo várias as opções das diferentes instituições. Enquanto a ESTeSC a ESSA ou a Universidade Nova

optam por diferenciar logo à partida áreas de especialização, no primeiro caso avaliação e aplicação clínica do movimento, no segundo caso músculo-esquelética ou saúde da mulher, tendo esta um tronco comum e uma área de estudo aprofundado (especialização), e na Nova áreas de especialização como músculo-esquelética e saúde pública, o mesmo não se verifica na ESTeSL (5ª Edição do Mestrado Fisioterapia biénio 2014/2016-última), que optou por elaborar um mestrado mais “generalista” em que no 1º semestre inclui disciplinas como epidemiologia, evidência ou metodologia de investigação, para no 2º semestre focar o seu ensino em áreas específicas da profissão como: Cardiotorácica, Oncologia, Pediatra, Trabalho, ou Bem-Estar, outras.

Já ao nível do único doutoramento existente atualmente em Portugal, e que ocorre na faculdade de desporto na universidade do Porto, pretende, para além de aprofundar os conhecimentos e as competências adquiridas no 1º e 2º ciclos, dotar os alunos de capacidades para conceber, organizar, gerir e desenvolver projetos de investigação científica, de uma forma autónoma ou ainda integrados numa equipa de investigação.

Este prolongamento da formação no espaço temporal, remeto-nos à consideração das perspetivas de Freidson (1973, 1975, 1994) sobre os pressupostos do contributo do credencialismo na estruturação do profissionalismo. Como refere Freidson, existem de dois elementos básicos ao profissionalismo: a obrigação de um corpo de conhecimentos e competências próprios e a manutenção de uma relação de confiança com os clientes. A profissionalização surge, no entanto, como um processo de fechamento social através do qual os grupos procuram otimizar a sua prestação, resultados e recursos, tornando o acesso limitado a um círculo restrito de candidatos, não se podendo falar de profissionalização, sem ter em atenção o percurso evolutivo da profissão, e neste caso, o mesmo foi iniciado por cursos técnicos, bacharelato, licenciatura (bictápica e de raiz), mestrados e doutoramentos.

Mas será que, como refere Freidson (1975, 1994), o ensino prolongado e a especialização serviram para o ganho de poder e a autonomia desta profissão? De facto, é uma temática relevante que importa perceber

o que na realidade tem vindo a ser alterado nesta área com o aumento dos saberes, as qualificações e as competências destes profissionais.

## 5- Para uma ideia da Prática dos Fisioterapeutas: entre a Qualidade e a Evidência

A palavra prática vem do grego *praktiké* cujo significado é, arte de fazer uma determinada ação, podendo ser ainda definida como uma atividade que visa a obtenção de resultados concretos ou a forma habitual de agir e de exercer de forma concreta um procedimento, um conhecimento ou uma arte. Blin (1997) define práticas como “*sistemas complexos de ação e de comunicação [...] próprios das interações entre indivíduos que participam num mesmo contexto (organização e instituição) profissional*” (Blin, 1997, p.142).

A Teoria das Práticas afirma que estas podem ser vistas como entidades culturais que formatam as perceções, as interpretações e as ações dos sujeitos, e que, enquanto na abordagem convencional a perceção fica ao nível do indivíduo, na perspetiva sociológica as práticas vão até ao fazer, a focagem deixa de ser a escolha individual e passa a ser a sua vida social, “*como nasce uma prática, como se reproduz, como se mantém, como estabiliza, como desaparece e morre. É, portanto, uma perspetiva analítica que faz um “reverse”, no sentido em que coloca as práticas a recrutar praticantes/indivíduos (que entram em contacto com diferentes práticas ao longo da sua vida) e observa a forma como fazem esse recrutamento, como se mantêm e fortalecem através da performance continuada desses praticantes.*” (Valente, 2013, pp.43-44).

Segundo Santos a noção de “prática” refere-se a uma “atividade humana intencional” que de certa forma contrasta, com a “teoria”. Segundo a mesma autora o marxismo aplica bastante o conceito de “praxis”, e sustenta de forma constante a teoria numa conjugação dialética que permita aos indivíduos através da “prática ou conjunto de práticas” a transformação da natureza através do seu desempenho. “*A intencionalidade da prática é uma característica importante, uma vez que encerra, em si própria, o conceito de finalidade [...] “a prática” não é aqui entendida como um conjunto de atos humanos espontâneos, mas sim como uma ação intencional, com um objetivo próprio que visa a mudança social*” (Santos, 2011,

p.63).

Podemos ainda considerar que a prática incorpora um ator, um objetivo, uma situação, um objeto, um processo e no final um resultado dessa mesma prática, esta é então uma ação com um percurso e um fim determinado. As boas práticas de cuidados surgem interligadas com o conceito de prática baseada na evidência e qualidade, através de diferentes contributos de investigação dos procedimentos utilizados e dos seus resultados. A sua aplicação tem sido liderada por países como os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, Canadá, Austrália entre outros, onde a elaboração de manuais orientadores das boas práticas é um pouco diferente quanto à sua organização. O conceito de boas práticas - *Best Practice, Good Practice, Clinical Excellence, Practices Exemplary* - parece ser, no entanto, mais vasto que os procedimentos orientadores, como as *guidelines*, embora os dois se possam associar. O recurso às boas práticas é atualmente um assunto de grande visibilidade, tendendo a identificar modelos desejáveis de ação a seguir ou reproduzir, não levando estes sempre a resultados favoráveis, especialmente quando os modelos adotados são “importados”, pois são descontextualizados do contexto da ação.

Esse conceito advém essencialmente da utilização de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos estruturados, fontes científicas e também no parecer de profissionais reconhecidos, tendo como objetivo a aquisição de respostas satisfatórias, de utentes e/ou profissionais no sentido de resolver problemas de saúde específicos.

Então, aquelas não são mais do que enunciados sistemáticos que têm em conta diferentes parâmetros, que podem ser técnicos, ético-legais, ou ainda psicossociais, e assentam tanto em avaliações como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados. Por cuidados de saúde pode compreender-se de uma forma geral, todos os bens e serviços de saúde que são usados pelos cidadãos incluindo dentro desta caracterização global, todo o tipo de consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como análises clínicas, imagiologia, fisioterapia, cuidados médico-cirúrgicos, vacinação, entre outros. De entre estes podemos ainda falar de cuidados primários, secundários diferenciados, con-

tinuados, paliativos etc., sendo necessário para que estes possam ser dispensados, a existência de profissionais com competências e saberes específicos. A Fisioterapia enquanto profissão de saúde e os fisioterapeutas enquanto seus principais atores, devem estar determinados a legitimar as suas opções de prática, tendo sempre por base os padrões definidos para a profissão, e a melhor evidência científica, para uma tomada de decisão consciente que determine processos de raciocínio clínico fundamentados e atuais.

Os “*Padrões de Qualidade*” vieram a partir de 2015 substituir os “*Padrões de Prática*” e as “*Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia*” elaborados e aprovados em 2003, cujo documento foi posteriormente retificado em 2008, passando a ser designado por “*Normas de Boas Práticas para as Unidades de Fisioterapia*”, atualizando este o anterior, o qual inclui linhas orientadoras de maior abrangência, aplicando-se a partir de então a todos os fisioterapeutas.

Este documento foi elaborado por um grupo de trabalho específico (Grupo de Trabalho de Qualidade em Fisioterapia), e teve como base a *Quality Assurance Standards for Physiotherapy Service Delivery da Chartered Society of Physiotherapy* (CSP, 2012), e as Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia da APF de 2008. Segundo esta associação são, “*um instrumento de promoção e garantia da qualidade [organizado] em 11 capítulos, tendo cada padrão um conjunto de critérios mensuráveis.*” (APF, 2015, pp. 5-6). Este é um documento integrado de orientações dinâmicas aplicadas pelos fisioterapeutas, tendo grande abrangência e importância para definição e delimitação do exercício da fisioterapia. Os diferentes padrões têm temas específicos e são os seguintes: 1) Gestão em Fisioterapia; 2) Autonomia e Responsabilização; 3) Prestação de um Serviço Seguro e Efetivo; 4) Aprendizagem e Desenvolvimento; 5) Cuidados Centrados no Utente/Cliente; 6) Consentimento; 7) Registo e Governança da Informação; 8) Comunicação; 9) Intervenção Clínica em Fisioterapia; 10) Avaliação dos Cuidados e Serviços; e 11) Promoção, Marketing e Publicidade de Serviços de Fisioterapia e Produtos.

Documentos como os Padrões de Prática (2002, 2003, 2005) e as Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia (2003), foram igualmente elaborados por um grupo de trabalho

específico (Grupo de Trabalho “Padrões de Prática”), constituído por elementos dos diferentes órgãos sociais da APF, com base no documento original criado pela WCPT - *Core Standards of Physical Therapy Practice* - aprovado em Assembleia Geral da mesma em 1995. Em 2005 foi também elaborado pelo mesmo grupo de trabalho o documento, “Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática”, adaptado do *Audit Tool* da Região Europeia da WCPT, com o intuito de comparar a prática clínica com os padrões, medindo “*a ‘performance’ de diferentes formas, dependendo da fonte de informação que irá indicar se os padrões e os seus critérios foram cumpridos*” (APF-Instrumentos de Auditoria, 2005, pp.6). Estes foram então concebidos com um objetivo de complementaridade, e com eles pretendeu-se aumentar a eficiência, eficácia, homogeneidade e regulação das suas práticas, com o intuito de aumentar a credibilidade deste grupo profissional junto, tanto dos seus doentes/utentes como dos seus pares. Em contraste com os Padrões de Prática, as Normas eram da inteira responsabilidade de cada fisioterapeuta e destinavam-se a ser aplicadas em todas as Unidades de Fisioterapia, incluindo as do Serviço Público, Privado e Social, quaisquer que fossem as suas dimensões. Estes são então, documentos próprios que estabelecem princípios que esta associação define no âmbito do exercício da fisioterapia em Portugal, e que, relaciona competência e profissionalismo, a que os seus membros aderem por filiação (APF, 2016).

As recomendações sistematizadas permitem aos profissionais o acesso a uma informação credível e atualizada sobre os mais diferentes procedimentos. As boas práticas ou as práticas baseadas na evidência, devem ter sempre em consideração a evidência científica proveniente de fontes de reconhecido mérito e estudos sistemáticos representativos da área de estudo, bem como a opinião de experts. As consequências das boas práticas apenas são evidentes quando determinam ganhos que possam ser cientificamente comprovados para os doentes/utentes. Estas questões são o ponto de partida para a análise do que significam padrões de prática, *guidelines* e práticas baseadas na evidência, e até que ponto essas funcionam como instrumentos de aferição, traduzindo-se em ganhos significativos para doentes/utentes, eficiência e eficácia organizacional, e qualidade das práticas, ou se pelo contrário, estes se traduzem em constrangi-

mentos e/ou princípios redutores. O termo qualidade é por definição abstrato e definido de diferentes formas ao longo do tempo, resultando este de carências organizacionais e dos objetivos dos avaliadores, sendo cada vez mais assumida a necessidade de implementar sistemas de qualidade pelas organizações de saúde.

Este é, no entanto, um conceito recente, o que não impede o crescente enfoque e interesse pelo tema, para Vuori (1999:61) a inquietação com a qualidade remonta ao código de Hummurabi atribuindo a Sócrates a base intelectual de garantia dessa mesma qualidade. Com Hipócrates surge a preocupação com o não provocar “dano”, e a industrialização retoma a problemática do conceito de qualidade, mas só mais tarde este se expande à área da saúde. Como refere Mezomo (2001), aos anos 60 corresponde o controlo, aos 70 a avaliação, aos 80 a garantia, aos 90 a melhoria, e aos anos 2000 o desenvolvimento. Em Portugal o processo iniciou-se nos centros de saúde e serviços hospitalares, para presentemente ser objetivo das mais variadas instituições. A criação de sistemas de qualidade em saúde revelou ser uma ação prioritária, e as associações profissionais da área desempenharam um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade para cada domínio específico.

Importa aqui ressaltar o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade, *guidelines* e o acompanhamento da prática no sentido da promoção do exercício ao mais alto nível. Às organizações de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que facilitem o exercício profissional de qualidade, desenvolvendo esforços para proporcionar condições e criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento profissional, que deve satisfazer as necessidades dos profissionais e promover o envolvimento e empenho de todos em proveito dessa qualidade. É ainda fundamental por parte das autoridades competentes uma constante avaliação, sendo esta muito complexa essencialmente devido à multiplicidade de variáveis e situações que ocorrem no setor da saúde, por este ser altamente específico e uma área socialmente frágil vulnerável e de elevado valor representado.

## 6- (Des)Encantos da Regulação Profissional e as relações com o Estado

Lopes (2006) considera o conjunto das atividades praticadas designadas por tecnologias da saúde, como tendo o seu marco legislativo inicial no final da década de 70, com o Decreto-Regulamentar 87/77. Este cria a carreira de “Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”, que integrava já à época 13 grupos profissionais (audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas) (Decreto-Regulamentar 87/77, Art.º 1º - 2).

O mesmo coloca em evidência “*O pendor prático das funções e a ausência de qualquer autonomia profissional deixam exposto o lugar socialmente periférico e tecnicamente subalterno que marca a génese institucional destas profissões*” (Lopes, 2006, p.112).

Os anos 80 trazem o investimento na formação e a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra (DL 371/82), cujos cursos têm a duração de três anos e se tornam obrigatórios para o ingresso nas organizações do Estado (públicas). Inicia-se assim um processo profissionalizante tendo por base a relação com o estado, representando um sistema de “*credenciação ocupacional, que irá abrir caminho para posteriores investimentos no fechamento social destas ocupações.*” (Lopes, 2006:113). Esta é a década em que estes profissionais deixam de ser designados por “Técnicos Auxiliares” para passarem a ser designados por “Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica” através do DL 384-B/85.

A década de 90 assinala “*uma das etapas mais decisivas no desenvolvimento do fechamento social destes grupos ocupacionais. (...) É a fase que concretiza o efetivo início de uma trajetória de profissionalização, cuja visibilidade começara a desenhar-se com o articulado legislativo produzido na década anterior.*” (Lopes, 2006, p.113). Tal representa o início da produção de legislação com o objetivo de legislar especificamente estas ocupações, e não a carreira. Com a Lei 31/92, que sumariamente concede ao governo autorização para legislar sobre as atividades

paramédicas, definem-se “*as condições do seu exercício, estabelecendo normas quanto à formação profissional e regulamentando as profissões correspondentes*” (Lei 31/92, Art.º 1º).

Esta condiciona o exercício profissional à posse de um diploma, certificado ou título adequado, de acordo com exigências expressas em regulamentação própria, quer em organizações públicas ou privadas, e ainda à titularidade de carteira profissional a ser emitida pelo Estado (DL 261/93). Tal regulamentação visa, a exigência de habilitações mínimas para o acesso a este tipo de atividade e ao seu exercício, os requisitos para obtenção do título profissional e para o seu registo, normas deontológicas e de disciplina aplicáveis, e ainda a definição do grau de autonomia e competências profissionais. Estes fatos segundo Lopes (2006) atestam “*o reconhecimento formal de uma relativa margem de autonomia - que aparentemente vem reconfigurar a relação com a profissão tutelar (a medicina)*” (Lopes, 2006, p.114), deixando no entanto inalterado o vínculo de subordinação espelhada na sua nova denominação – atividades paramédicas. Ainda em 1993 a formação nestas áreas é integrada no ensino superior politécnico, passando de um estatuto meramente prático e profissionalizante, para a integração no ensino superior com investimento na profissionalização e no profissionalismo.

Já no final desta década o DL 320/99 define os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, procedendo à sua regulamentação. O exercício destas profissões fica dependente do título profissional correspondente, reconhecido pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS). Tal representa desde logo um reforço de regulamentação e uma consolidação do seu espaço social, e “*Com este decreto ficou, então, formalmente assegurado o monopólio sobre o mercado da prática – uma das condições de construção social da profissionalização - mesmo que tal não invalide o subsistir de situações de desempenho não credenciado, que transitariamente possam escapar à fiscalização instituída.*” (Lopes, 2006, p.115).

A entrada do ano 2000 trás um novo enquadramento no ensino destas profissões com a ascensão ao grau de licenciado, inicialmente através do ensino bietápico (DL 3/2000), e o reforço da componente teórica

da formação, deixando esta de estar unicamente ligada à execução prática. No entanto o que foi alcançado ao nível do monopólio da prática, foi obtido através do monopólio do mercado por diferentes mecanismos de credenciação, mas não alcançado em termos de autonomia funcional, por serem atividades de extensão do ato médico. Percebemos que neste processo não é alheio o papel do Estado no desenvolvimento destas profissões, emanando aqui a função reguladora desse mesmo Estado e não um processo de auto-regulação. Assim, e na linha da perspectiva de Foucault a ideia de governação rejeita, a noção de Estado como entidade coerente cujo poder político vai inevitavelmente de encontro aos interesses da sociedade civil. O Estado é então visto como um conjunto de instituições, procedimentos, conhecimentos e tecnologias que conjuntamente e de forma combinada resultam numa forma particular de governação (Johnson, 2005; Light, 2005). Assim as trajetórias de profissionalização destas profissões estão relacionadas com uma regulação administrativo-burocrática, ou hetero-regulação, com intervenção direta do Estado no processo de credenciação e na sua tutela sobre os órgãos consultivos.

As questões ligadas às relações entre o Estado e as profissões suscitam controvérsia no debate sociológico, pelo fato da possibilidade da manutenção de uma relação consensual, visando as profissões uma autonomia cada vez maior, e o Estado o interesse máximo no exercício do seu maior controlo possível. Segundo diferentes autores, esta será razão da discordância no debate sobre a relação profissões/Estado, de aparente antagonismo, pois, nesta relação o Estado procura intervir (controlo) e as profissões procuram autonomia. O Estado deixa, então, “nas mãos” das profissões as questões ligadas aos aspetos técnicos do trabalho o que será garantia da sua autonomia, esta denominada por Freidson (1975, 1994) como autonomia técnica, e que por oposição se contrapõe à dependência socioeconómica, existente segundo o autor, na relação profissões/Estado. Este distingue então diferentes tipos de autonomia, técnica contra socioeconómica e formas de autonomia, absoluta e relativa (Johnson, 2005; Light, 2005).

A visão dualista da relação profissão/Estado e de uma certa “semi-dependência” não corresponde de

todo à visão Foucault, que afirma não poder falar-se em dualismo, pois as profissões constituem elas próprias um output da governabilidade sendo que, não será o domínio das técnicas que as distingue, mas sim, o domínio de determinados conhecimentos restritos. Foucault numa perspetiva histórica considera mesmo que a intervenção do Estado não representa agente facilitador à autonomia técnica, mas que representa um elemento que terá mesmo impedido algumas ocupações de atingirem o total profissionalismo. Assim Foucault aparece num campo de oposição à posição defendida por Freidson, para ele o Estado não é um agente externo, mas a forma institucionalizada do processo de governação, que inclui os peritos («expertise»), ou seja, as profissões. Para ele as profissões e o Estado surgem lado a lado como partes de um todo comum na definição das políticas oficiais. Por seu lado Larson (1977, 1990), refere que é a intervenção estatal que funciona como o escudo e que garante a autonomia das profissões, confluindo para o ideal de Freidson. Para esta autora a relação profissão/Estado será de dependência mútua, o que aliás constitui uma perspetiva semelhante à de Foucault. Já Abbott (1988) refere que, na evolução histórica das profissões, o processo de lutas e competições em que os peritos reivindicam as suas áreas de domínio, é uma constante. Percebemos então que as profissões precisam do Estado para se afirmarem, mas o Estado não poderá menosprezar as profissões porque, no fundo estas acabam por se constituir como agentes legitimadores das políticas governamentais, funcionando estas como executores (Johnson, 2005; Light, 2005).

A fisioterapia portuguesa como profissão integrada na carreira das tecnologias da saúde transformou-se numa profissão regulada em 1999 através do Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de Agosto, por cédula profissional aprovada pelo Ministério da Saúde e atribuída unicamente aos indivíduos que à época detinham habilitações obtidas em instituições de ensino superior reconhecido para o efeito. A saúde é um setor altamente profissionalizado cuja inter-relação entre os seus trabalhadores é especificada basicamente por legislação e licenciamento. Com o aumento da definição do estatuto profissional percebemos que, a auto-regulação é uma responsabilidade das estruturas profissionais, suportada em códigos de ética e refletida no aumento da responsabilização dos seus pro-

fissionais, com o objetivo de uma maior eficácia, eficiência, e qualidade do exercício.

Já nos estudos funcionalistas a questão da auto-regulação era fundamentada, “*pelo quadro de valores e motivações dos profissionais (altruísmo e código de ética de prestação de serviço aos clientes e pela assimetria de posições no que respeita às qualificações e ao conhecimento técnico e especializado [...] conferindo aos profissionais e seus pares a capacidade de determinação dos padrões de qualidade e dos custos dos serviços, nas melhores condições para o cliente.*” (Rodrigues, 2012, p.83).

Alguns autores consideram que a regulação é um método característico de controlo social efetuado, como já referido anteriormente, numa sociedade complexa e de alguma forma indissociável de credencialismo, tendo este como objetivo certificar e intitular os profissionais. Estas credenciais são maioritariamente atribuídas pelo Estado ou Associações Profissionais, que assim através de um painel de especialistas controlam o acesso, os padrões de desempenho, e número de praticantes, produzindo segundo alguns autores como Weber, alguma forma de desigualdade social e de oportunidades.

Para Crozier e Friedberg (1977) a sociedade funciona como um sistema de ação concreta, em que as suas partes se relacionam com um mínimo de estrutura, distinguindo-o de um simples agregado e dispendo de mecanismos de manutenção designados por - mecanismos de regulação -. Existem dois tipos de mecanismos e limitações observadas em todas as sociedades humanas, por um lado uma série de costumes que se vão esbatendo com o tempo e podem conduzir os atores a sanções formais ou informais aplicadas pelos órgãos com poder para tal. E por outro, os mecanismos automáticos tendencialmente impostos como resultado direto do esforço do grupo independentemente de seus objetivos específicos. Os resultados obtidos são comuns, gradualmente assimilados e discutidos como objetivo global. Os autores definem sistema de ação concreta como sendo “*um grupo humano estruturado que coordena as ações de seus participantes através de mecanismos de jogar relativamente estável e mantém a sua estrutura, ou seja, a estabilidade de seus jogos e as relações entre eles, por meio de mecanismos de regulação que são outros jogos.*” (Crozier e Friedberg, 1977, p.246), e

constitui como que uma resolução aos problemas da ação.

Enquanto para Reynaud (1997) uma regra é um princípio organizador que pode assumir a forma de imposição ou proibição que determina rigorosamente um comportamento, sendo mais frequentemente um “ato guia” que induz ao simbolismo, e que pode possuir dezenas de ligações.

Estamos assim perante formas de regulação do trabalho e do emprego baseados em princípios organizativos tais como: a certificação formal por obtenção de diplomas, (pelo reconhecimento do nível de conhecimentos científicos e competências específicas), a autonomia de decisão para a efetivação do exercício profissional, auto-regulação e fechamento do mercado de trabalho, a acreditação dos títulos académicos bem como a adaptação às alterações introduzidas com a Declaração de Bolonha, (esta como já foi referido anteriormente com o objetivo de padronizar os graus académicos nos diferentes países da união europeias). Estas questões colocam-se veementemente aos grupos profissionais e mais concretamente às suas Ordens e Associações, as quais pretendem ser representativas das classes profissionais. A fundamentação de que existem diferentes especificidades no setor da saúde em relação a outros setores de atividade económica, leva de forma determinante a que o estado desempenhe o papel de regulador num mercado caracterizado por um forte juízo de valores, e baseado essencialmente no princípio do acesso universal independentemente da capacidade económica da cada indivíduo.

Nesta base o estado reconhece desde 1993, através do Dec. Lei 261/93 de 24 de Julho, a necessidade de regular as profissões integrantes da designada área das tecnologias da saúde quando refere que “*a proteção da saúde dos cidadãos, constitucionalmente consagrada como um direito social, impõe ao Estado a adoção das medidas indispensáveis à sua efetiva realização, nas diversas vertentes que com ele se prendem*” e acrescenta ainda que nesse “*domínio, assume, sem dúvida, relevância o conhecimento de que aquele bem jurídico essencial deve ser protegido contra possíveis lesões praticadas por causa do exercício inqualificado de certas funções*”.

Em 1999 e com a entrada em vigor do Dec. Lei 320/99, de 11 de Agosto, é reforçada essa necessidade sendo referido que, “*nos serviços públicos de saúde aquele objetivo tem expressão no diploma da carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*” realçando a necessidade “*de proceder a uma regulamentação mais alargada que igualmente garanta no setor privado idênticas exigências de acesso ao exercício profissional, sujeitando-se a prestação de cuidados de saúde ao mesmo controlo de qualidade*”.

Apesar do anteriormente referido e volvidos que são dezassete anos estas carreiras continuam sem regulação efetiva, mesmo depois do verificado aumento dos seus saberes, competências, e investimento ao nível do ensino e reconhecido percurso evolutivo.

Sendo que, em 2012 e através da Portaria 35/2012, de 3 de Fevereiro, na sequência da Lei 9/2009 de 4 de Março, o mesmo Estado reforça que “*continua a justificar-se o acesso à prestação de serviços na área das profissões regulamentadas com impacto na saúde, que não beneficiem do reconhecimento automático, se faça mediante procedimento de verificação das qualificações profissionais*” isto conforme é referido, de forma a “*evitar danos graves para a saúde ou segurança do beneficiário do serviço, tendo em conta o risco de uma má execução técnica, devido à falta de qualificação profissional do prestador de serviços*”.

Atualmente a sociedade dispõe de diferentes associações e/ou Ordens com funções reguladoras das práticas profissionais que, na maioria dos países europeus só no início do século XX passaram a ter verdadeiro poder. Em muitos países como por exemplo em Portugal (1933-1974) onde vigorou um “*regime de Estado corporativo*” (Rodrigues, 2012, p.7), no qual eram muito restritos os direitos e liberdades de associação, e em que o estatuto do trabalho nacional referente ao ano de 1933 previa somente, “*a existência de sindicatos nacionais, grêmios empresariais e três ordens profissionais – de médicos, advogados e engenheiros*.” (Rodrigues, 2012, p.57), estas eram então apenas atribuídas a profissões ditas liberais, com poder de controlo de acesso e exercício profissional, definição de código ético e manutenção disciplinar.

Em Portugal tal como em Itália e na Alemanha Federal as Ordens constituíram-se inicialmente como

associações de direito público, tendo estas poderes para disciplinar a sua classe profissional, estabelecendo regras e aplicando sanções a quem não cumprisse essas mesmas regras. Após 1974 levanta-se a questão da razão da existência das Ordens profissionais, e segundo Rodrigues (2012), é após essa data que se assiste ao aumento exponencial do número de Ordens e Associações profissionais, sendo em 2012, 17 Ordens e 380 associações profissionais. A autora refere ainda que, “*No âmbito da sociologia das profissões, a existência de associações profissionais é interpretada como um indicador de aproximação ao profissionalismo ou modelo de organização profissional.*” (Rodrigues, 2012, p.49).

No contexto nacional e ao nível da fisioterapia, a APF enquanto única associação profissional define, como anteriormente já referido, “*o âmbito do exercício da Fisioterapia em Portugal.*” e pretende ter um papel unificador das práticas profissionais, independentemente do contexto de exercício. Esta fundamenta o desejo de se transformar numa Ordem Profissional como meio de regulamentar o sector, baseando-se na garantia de qualificação, regulação legal da profissão e definição de um padrão de formação. Considera ainda a legislação existente em Portugal insuficiente para regular a profissão, e garantir ao mesmo tempo a qualificação, e o controlo eficaz das práticas profissionais, com o objetivo primordial de defender o cidadão de más práticas e promover a segurança da prestação.

A ausência de uma regulação efetivada pelo Estado, provavelmente por falta de conhecimento dos reais problemas e contextos de ação destes profissionais, tem-se traduzido numa desregulação, que urge corrigir, pois, coloca tanto profissionais como cidadãos sem um quadro regulador, com as suas conseqüentes exigências éticas, deontológicas e profissionais, que assegurem a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tendo as profissões de assumir uma auto-regulação, mesmo não sendo este um modelo perfeito.

Até à presente data estes profissionais apenas se regulam pelo nível mais baixo, identificando-se através de uma cédula profissional emitida pelo Ministério da Saúde e atribuída a todos sem exceção, que obtenham o seu diploma passado por uma das institui-

ções de ensino reconhecido. Este é, no entanto, um processo redutor pois, a sua atribuição é feita a todos os profissionais formados sem exceção, e não contempla posteriormente o controlo efetivo das práticas por eles desenvolvidas, subsistindo por falta de fiscalização instituída, a situação de desempenho não credenciado. Também na formação de base e perfil de competências à sua saída, se coloca o problema da falta de homogeneidade do ensino, situação verificada essencialmente devido ao elevado número de instituições de ensino existentes no país a formar fisioterapeutas e talvez também devido à enorme diversidade e efetividade do processo de aprendizagem.

Esta situação deixa em aberto o problema de acreditação e avaliação do ensino superior, que atualmente ocorre ao nível dos diferentes cursos, tanto em universidades como em politécnicos. É no entanto refletido por vários autores a questão da legitimidade do Estado no que confere à delegação de poderes às diferentes Ordens e Associações profissionais, competências que segundo eles, lhes deveriam ser próprias manifestando-se contra o crescente poder e visibilidade das mesmas, e do que consideram ser interesses corporativos e de grupo não deixando de recordar que, Portugal é um dos Estados-membros da União Europeia desde 1986, onde existem países em que a inscrição dos profissionais nas respetivas Ordens nem sequer tem caráter obrigatório. Numa perspectiva contrária, outros argumentam a defesa crescente da intervenção das Ordens na sociedade, defendendo inclusivamente o não limite ao cumprimento das normas deontológicas tornando-se mais abrangentes ao nível do controlo das práticas.

Para Friedberg (1993) os sistemas de interação que une os atores interdependentes num dado contexto de ação repousam numa base de poder ou troca negociada, sendo então importante levar em consideração o papel do ator e a “*importância da formalização na estruturação dos campos.*” (Friedberg, 1993, p.143). Esta é levada em consideração quando se pretende classificar os contextos de ação, sendo a formalização das estruturas e os diferentes papéis dos atores, classificações que identificam os sistemas de interação entre os mesmos e induzem a formalização como que a uma “*rutura*” dos contextos de ação. Para Bernoux “*o sistema concreto da ação cobre duas realidades: o sistema de*

*regularização de relações e o sistema das alianças e dos seus constrangimentos [entendendo como regulação de relações] as regras de relações que se dão os atores para resolver os problemas quotidianos da organização [...] no sistema de alianças, as perspetivas necessariamente diferentes de uns e de outros levá-los-ão a opor-se a uns e conseqüentemente a aliar-se a outros”* (Bernoux, s.d:141-142).

Pode verificar-se segundo estes autores que, existe uma enorme interdependência entre os diferentes atores sejam eles individuais, ou como neste caso coletivos, conduzindo a uma reciprocidade de relações, onde ocorre uma desigualdade de poderes tanto a nível da identificação como da elaboração das resoluções de problemas comuns. Esta desigualdade vai conduz certamente a constrangimentos na prática da ação, sendo de notar que o cumprimento estrito de normas padronizadas pode vir a traduzir-se num processo redutor do exercício das mesmas, devido ao fato de “formatar” a ação limitando a criatividade dos atores.

Também as novas condições da relação entre as profissões e o mercado de trabalho, tem servido de base para teses que apontam para a erosão do fenómeno das profissões e para a tendência à desprofissionalização conduzindo esta, apesar do crescimento desses grupos profissionais, a uma deterioração do seu estatuto profissional com perda de poder, autonomia e autoridade, como já anteriormente foi referido (Johnson, 1972, 2005; Saks, 1995; Santos, 2011).

Com o número crescente de licenciados que anualmente sai das universidades, e conseqüentemente, com o aumento de profissionais que entram no mercado de trabalho, o mundo organizacional sofreu transformações que apresentam diversos desafios e conduzem a novas reflexões. Podemos questionar se na realidade a prática diária destes profissionais é “guiada” por esses princípios, ou pelo contrário, eles não os colocam como princípios orientadores no seu exercício. E se não o fazem, será por se sentirem constrangidos, por falta de interiorização ou de controlo/fiscalização. Como já referimos anteriormente, as profissões são formas de organização e controlo laboral, e podemos mencionar profissionalismo quando, “*um grupo ocupacional organizado adquire o poder de determinar quem é qualificado para exercer que tipo de*

*atividades, impedindo outros de o fazerem, bem como o poder de controlar os critérios de avaliação da qualidade do exercício profissional.”* (Rodrigues, 2012, p.9).

No atual quadro legislativo português os fisioterapeutas são os únicos profissionais de saúde habilitados a prestar cuidados de fisioterapia, e este é atualmente um tema de grande pertinência. Questões como a qualidade da saúde, as boas práticas profissionais, os cuidados de qualidade, as práticas baseadas na evidência e o cumprimento cada vez mais abrangente de *guidelines* em Fisioterapia, estão na ordem do dia. Por seu lado os fisioterapeutas têm o dever ético de basear a sua atuação profissional nas práticas recomendadas, o que torna os cuidados por si prestados mais seguros, visíveis, eficazes e homogeneizados. Segundo Abrantes “*paradoxalmente, a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência, [...] colocam uma ótica diferente quer no plano da regulação e autonomia profissional, quer no âmbito da normalização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços”* (Abrantes, 2012, p.3).

Torna-se evidente que esta deverá ser uma atitude cada vez mais interiorizada na ação diária destes profissionais de saúde, e uma constante nos seus discursos.

## Considerações Finais

Nas últimas duas décadas, os fisioterapeutas portugueses têm-se empenhado num crescente nível formação (inicial e avançada) e especialização, tendo como objetivo o reconhecimento social, afirmação da sua identidade e autonomia no exercício profissional. Tal articula a constatação de um mundo de profissionais de saúde, em geral, e dos fisioterapeutas neste caso particular, em constante processo de interação, regulação social e controlo no setor da saúde, o que torna premente a responsabilização dos cientistas sociais pelo mapear das implicações e transformações que ocorrem não só nos contextos de trabalho, que vão ocorrendo ao longo do tempo, mas também no tecer de reflexões e análise empíricas sobre os complexos processos de construção

identitária e recomposição dos saberes de grupos profissionais específicos, cuja realidade foi ainda pouco perscrutada do ponto de vista sociológico em Portugal.

Na bibliografia disponível, encontramos algumas publicações e trabalhos académicos que materializam discursos e perspetivas plurais sobre a ideia de profissão, profissionalização, profissionalismo e profissionalidade no campo da fisioterapia. Através desta pesquisa mais exaustiva e focada no grupo dos fisioterapeutas, podemos igualmente compreender, que, ao longo dos últimos anos, os objetivos de formação destes profissionais são díspares, sendo esta formação encarada como o caminho inicial da socialização e da construção identitária que molda o futuro profissional. Por outras palavras, através da literatura consultada, apercebemos que o passado da fisioterapia parece estar fortemente estigmatizado pela aceitação de hábitos e discursos que, por sua vez, parecem legitimar o seu percurso, e o relacionam com as transformações ocorridas nos demais grupos profissionais da saúde, dinamizadas de forma organizada e interdependente das relações de trabalho.

É indubitável que, à luz da documentação disponível, a profissão de Fisioterapeuta tem sido marcada por sucessivas transformações, sendo inicialmente considerada uma ocupação, e anteriormente já por nós referida como, uma ação simplesmente técnica não envolvendo uma dimensão científica, tendo-se transformado numa profissão possuindo exigências éticas e científicas bem definidas, e apresentando atualmente um elevado investimento dos seus profissionais ao nível da formação e também da seleção dos seus elementos. Neste contexto, dito no sentido de Freidson (1994) verifica-se uma crescente procura na consolidação de uma autonomia efetiva, sendo esta referida como o “controlo do conhecimento”.

Em Portugal, estamos, então, perante formas de regulação do trabalho e do acesso ao emprego dos fisioterapeutas, baseadas em princípios organizativos, tais como a certificação formal por obtenção de diplomas, (pelo reconhecimento do nível de conhecimentos científicos e competências específicas), a autonomia de decisão para a efetivação do exercício profissional, a autorregulação e fechamento do mer-

cado de trabalho, a acreditação dos títulos académicos bem como, a adaptação às alterações introduzidas com a Declaração de Bolonha. Estas questões colocam-se veementemente aos grupos profissionais dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e mais concretamente às suas associações e estruturas sindicais, as quais, cada vez mais, pretendem ser mandatários e as únicas vozes representativas das classes profissionais.

Do que foi possível verificar na análise da documentação disponível sobre a evolução histórica dos fisioterapeutas e as lógicas da matriz de ensino e formação, é de que o desempenho e os saberes da profissão, a transformação do conjunto de valores, saberes e princípios que regem a profissão, incluindo os critérios de competência, construídos pelo prolongamento dos anos de formação a nível superior (mestrado e doutoramento), estão efetivamente sujeitos a interferências de natureza política e ideológica, estando envolvidos em resoluções que não são de todo, totalmente endógenas ao grupo profissional dos fisioterapeutas, mas que muitos dos seus dilemas e desafios de regulação e desenvolvimento profissional, dependem essencialmente da legitimação pelo Estado, pelos sistemas periciais na área da saúde, pelas instâncias legais do funcionamento das organizações dos serviços de saúde e ainda da colonização das racionalidades de controlo do ensino superior.

Em síntese, as problemáticas do ensino e evolução profissional dos fisioterapeutas portugueses referidas no presente artigo oferecem-nos um renovado olhar sobre os encantos e desencantos duma Fisioterapia como uma profissão emergente que se pretende ser cada vez autónoma e responsável na decisão sobre os cuidados de saúde prestados. É pelas razões expostas que nos interessa aprofundar o conhecimento sobre a matriz simbólico-valorativa dos fisioterapeutas portugueses, para melhor compreender na perspetiva do grupo profissional, os fundamentos das práticas em fisioterapia, e o lugar e a importância das práticas baseadas na evidência, assim como as formas e as estratégias que os atores adotam para resolver as suas questões de reconhecimento e autonomia profissional. Importa, pois, perguntar: *Quais são os fatores que condicionaram, condicionam e condicionarão as práticas profissionais dos fisioterapeutas portugueses, as suas*

*estratégias de desenvolvimento, e a recontextualização das mesmas ao nível do exercício profissional?*

Reservamos para um próximo artigo, a resposta a esta questão e o debate sobre os pressupostos das dinâmicas de ação e de regulação profissional que os próprios fisioterapeutas constroem para se demarcarem doutros grupos profissionais do campo da saúde, assim como, a reflexão sobre as lógicas que sustentam a valorização e o reconhecimento da imagem do grupo profissional.

## Referências bibliográficas

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. London: The University of Chicago Press
- Abbott, A. (1991a). The future of professions: occupation and expertise in the age of organization. *Sociology of Organizations*, 8, pp. 17-42
- Abbott, A. (1991b). The order of professionalization. An empirical analysis. *Work and Occupations*, 18 (4), pp. 355-386
- Abrantes, A.L. (2012). *Determinantes organizacionais na qualidade em tecnologias da saúde. O caso particular dos serviços de radiologia do sector público da Região de Saúde do Algarve*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Évora: Universidade de Évora
- Aldridge, M. & Evetts, J. (2003). Rethinking the concept of professionalism: the case of journalism. *British Journal of Sociology*, 54 (4 - December 2003) pp. 547 – 564
- Armstrong, D. (1997). Foucault and the sociology of health and illness. A prismatic reading. A. Petersen and R. Bunton (org.), *Foucault, health and medicine*, London: Routledge, pp. 15-30
- Barrett, E.M., Hussey, J. & Darker, C.D. (2017). Feasibility of a physical activity pathway for Irish primary care physiotherapy services. *Physiotherapy*, 103 (1), pp. 106 – 112
- Brandão, A.M. (2014). *Uma introdução à abordagem sociológica das identidades*. Ribeirão-V.N. Famalicão: Húmus
- Carvalho, T, Santiago, R. & Caria, T. (2012). *Grupos Profissionais, Profissionalismo e Sociedade do Conhecimento Tendências, problemas e perspetivas*. Porto: Edições Afrontamento
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crónica do salário*. Petrópolis: Vozes
- Collins, R. (1990). *Changing conceptions in the sociology of the professions*. In R. Torstendahl & M. Burrage, *The Formation of Professions*, London: Sage, pp. 11-22.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil
- Davies, C. (1996). The sociology of professions and the professions of gender. *Sociology*, 30(4), pp. 661-679
- Dubar, C., (1997). *A Socialização construção de identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Ed.
- Dubar, C. (2006). *A Crise das Identidades: A Interpretação de uma Mutação*. Porto: CIEE/Edições Afrontamento
- Dubar, C. & Tripier, P. (1998). *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin
- Durkheim, É. (1940). *Os grupos profissionais*. Lisboa: Editorial Inquérito
- Durkheim, É. (1984). *A divisão do trabalho social*. Vol. 1, Lisboa: Editorial Presença
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decisionmaking and acquired regulation. *Work, employment and society*. 16(2), pp. 341-353
- Evetts, J. (2003a). Sociología de los grupos profesionales: historia, conceptos y teorías. in M. Martínez et al. (coord.), *Sociología de las profesiones*, Murcia: Diego Marín. pp. 29-49
- Evetts, J. (2003b). The sociological analysis of professionalism. *International Sociology*. 18 (2): 395-415
- Evetts, J. (2014). The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning. in S. Billett et al. (eds.), *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning, Springer International Handbooks of Education*, Springer Science+Business Media Dordrecht, pp. 29-56
- Fernandez, J.L.F. & Alonso, A.H. (1994). *Ética de las profesiones*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Friedberg, E. (1995a). *O poder e a regra - Dinâmicas da ação organizada*. Lisboa: Inst. Piaget.
- Friedberg, E. (1995b). Organização. in R. Boudon (org), *Tratado de Sociologia*. Porto: Edições Asa. pp. 343-378
- Freidson, E. (1968). *Professional powers*. London: The University of Chicago Press

- Freidson, E. (1973). *The professions and their prospects*. Beverly Hills: Sage
- Freidson, E. (1975). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company
- Freidson, E. (1988 [1994]). *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- French, H.P. & Dowds, J. (2008). An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy. *Physiotherapy*, 94 (3), pp. 190–197
- Gunn, H. & Goding, L. (2009). Continuing Professional Development of physiotherapists based in community primary care trusts: a qualitative study investigating perceptions, experiences and outcomes. *Physiotherapy Journal*, 95(3), pp. 209-214
- Hughes, E. (1988). *Men and their work*. Glencoe: The Free-Press
- Johnson, T. (1972). *Professions and Power*. London: Macmillan
- Johnson, T. (2005). Governmentality and the institutionalization of expertise. In T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 4-13
- Johnson, T., Larkin, G. & Saks, M. (2005). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge
- Josephson, I., Woodward-Kron, R., Delany, C. & Hiller, A. (2015). Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship?. *Social Science & Medicine*, 143, pp. 128-136
- Kerssens, J.J. & Groenewegen, P.P. (1990). Referrals to physiotherapy: The relation between the number of referrals, the indication for referral and the inclination to refer. *Social Science & Medicine*, 30(7), pp. 797-804
- Larson, M. (1977). *The Rise of Professionalism*. A sociological analysis. London: University of California Press
- Larson, M. (1990). In matter of expert and professionals or how impossible it is to leave noting unsaid. in R. Torstendahl & M. Burrage, *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage, pp. 24-50
- Light, D. (2005). Countervailing powers: a framework for professions in transition. in T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 14-24
- Lopes, A.M.F. (1994). *Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas: papel e modalidades da formação continua*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Pedagogia na Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Lopes, N.M. (2006). Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização. in G. Carapineiro, (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspetivas*, Coimbra: Pé de Página Editora, pp. 107-134
- Marques, A.P., Gonçalves, C.G. & Veloso, L. (Coords.) (2013). *Trabalho, organizações e profissões: recomposições contínuas e desafios empíricos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia - Secção Temática Trabalho, Organizações e Profissões
- Morais, P. (2016). *A Autoridade de Segurança Alimentar e Económica e os seus Inspetores. Uma análise sociológica dos dilemas identitários do grupo profissional*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Évora
- Paradeise, C (2004). Comprendre les professions : l'apport de la Sociologie, l'individu, le group et la société. *Science Humaines éditions* (trad. Serbe 2005), rééd.2009
- Reynaud, J.-D. (2004). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin
- Rodrigues, M.L. (2002 [1997]). *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta
- Rodrigues, M.L. (2012). *Profissões, Lições e Ensaios*. Coimbra: Almedina
- Rodrigues, M.L. & Carvalho, H. (2004). Entre o público e o privado - Associativismo profissional em Portugal. In J. Freire (Ed.), *Associações profissionais em Portugal* (pp. 257- 298). Oeiras: Celta Editora
- Saks, M. (1995). *Professions and the public interest*. Londres: Routledge
- Saks, M. (2012). Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions & Professionalism*. 2(1), pp. 1-10
- Santos, C.C. (2011). *Profissões e Identidades Profissionais*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Silva, C.A. (2004a). *O labirinto da Enfermagem. Participação e profissionalismo*. Lisboa: Colibri
- Silva, C.A. (2004b). *Reencontro com o mundo organizacional*. Évora: Univ. Évora
- Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Almedina
- Torstendahl, R. & Burrage, M. (1990). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London: Sage

Walkeden, S. & Walker, K.M. (2015). Perceptions of physiotherapists about their role in health promotion at an acute hospital: a qualitative study. *Physiotherapy Journal*, 101(2), pp. 226-231

### Outros documentos:

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). (2002). *Fisioterapia – Padrões de Prática*. 1ª Edição.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). (2003). *Fisioterapia – Padrões de Prática*. 2ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2003). *Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia*. 1ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2005). *Fisioterapia – Padrões de Prática*. 3ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2005). *Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática*. 1ª Edição.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2008). *Normas de Boas Práticas para as Unidades de Fisioterapia*. 3ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2016). *Qualidade em Fisioterapia*. 2015. Acedido em 06-02-2016. Disponível em <http://www.apfisio.pt>

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2016). Acedido em 12-03-2016. Disponível em: <http://www.wcpt.org/>

### Nota:

- [1] Este *paper* é um extrato da tese de doutoramento da autora que versa sobre o tema das dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais, e nas suas tendências, problemas e perspetivas, e concluída em 2017 na Universidade de Évora.
- [2] Professora Adjunta da ESTeSL-IPL | Doutorada em Sociologia, Universidade de Évora – IIFA | membro do CICS Nova Pólo de Évora