

**DOCUMENTO ELABORADO À PEDIDO DO COFFITO  
PARA APRESENTAÇÃO NA ANS.**

**SUSTENTAÇÃO ÉTICA, DEONTOLÓGICA,  
CIENTÍFICA E JURÍDICA PARA A INCLUSÃO DA  
CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA NO ROL DE  
PROCEDIMENTOS DA ANS.**

**ELABORADO POR:**

**Marlene Izidro Vieira  
Fisioterapeuta**

**e**

**Fernando Muniz  
Fisioterapeuta**

## 1 - SUSTENTAÇÃO DEONTOLÓGICA E JURÍDICA:

A primeira questão a ser esclarecida neste caso é que a **CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA** é própria do fisioterapeuta e não pode ser confundida com a consulta de outros profissionais.

A Fisioterapia é uma profissão regulamentada, reconhecida mundialmente, alicerçada em evidências científicas e ocupa hoje um lugar de destaque entre as profissões de saúde.

A norma de regência do exercício profissional dos Fisioterapeutas estabelece, de forma clara, o campo de atuação dos profissionais, de modo a evidenciar sua ampla liberdade de atuação no seu campo específico. O Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, no seu artigo 3º e 4º, expressamente estabelece ser atividade privativa do profissional fisioterapeuta o exercício da fisioterapia. Assim também a Lei nº 6.316/75, que no seu artigo 12, estabeleceu o livre exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, *in verbis*:

### **Lei nº 6.316/75**

*Art. 12. O livre exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, em todo o território nacional, somente é permitido ao portador de Carteira Profissional expedida por órgão competente.*

Neste sentido, é de se registrar a existência de diversas resoluções oriundas do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional dando conta da área de atividade exclusiva dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, como são exemplos as seguintes:

### **Resolução nº 8, de 20 de fevereiro de 1978, do COFFITO, que aprova as Normas para Habilitação ao Exercício das Profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional:**

*Art. 2º - "Constituem atos **privativos**, comuns aos fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas de atuação: inciso I – **O planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicos...**; inciso II – **avaliação, reavaliação e a determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia...**".*

*Art. 3º. Constituem atos privativos do fisioterapeuta **prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter,***

desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:

**Resolução 80 do COFFITO de 09 de maio de 1987:**

Art. 1º. É competência do FISIOTERAPEUTA, **elaborar o diagnóstico fisioterapêutico** compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico no paciente; dar alta nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem a necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas.

Art. 4º. Ao profissional FISIOTERAPEUTA é vedado, em atividade profissional nos Serviços de Fisioterapia, atribuir ou delegar funções de sua exclusividade e competência para profissionais não habilitados ao exercício profissional da Fisioterapia.

Sob o ponto de vista judicial, releva notar que as leis de regência da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional já foram julgadas constitucionais pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal, por oportunidade da Representação 1.056/DF, o que determina aplicação cogente para todo o país, para todos os entes públicos, como se pode observar na ementa do aresto abaixo reproduzido:

CONSTITUCIONAL. REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL. 1) FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS. PRIVATIVIDADE PROFISSIONAL PARA A EXECUÇÃO DE METODOS E TECNICAS FISIOTERAPICOS, QUANTO AOS PRIMEIROS, E METODOS E TECNICAS TERAPEUTICOS E RECREACIONAIS, QUANTO AOS SEGUNDOS (ARTS. 3. E 4. DO DECRETO-LEI N. 938, DE 13.10.69, RESSALVADA A ATUAÇÃO, NOS RESPECTIVOS CAMPOS OPERACIONAIS, DE MEDICOS FISIOTERAPEUTAS E MEDICOS FISIATRAS. 2) OBRIGATORIEDADE, NA FORMA DE REGULAMENTO A SER BAIXADO, DE REGISTRO, NOS CONSELHOS REGIONAIS DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, DAS EMPRESAS LIGADAS A ESSAS PRATICAS (ART-12 DA LEI N. 6.316, DE 17.12.75). 3) IMPROCEDENCIA DA ARGÜIÇÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE DOS PRECEITOS LEGAIS CORRESPONDENTES AOS ITENS ACIMA. (Rp 1056 / DF - DISTRITO FEDERAL REPRESENTAÇÃO Relator(a): Min. DECIO MIRANDA Julgamento: 04/05/1983 Órgão Julgador: TRIBUNAL PLENO Publicação: DJ 26-08-1983 PG-12712 EMENT VOL-01305-01 PG-00012 RTJ VOL-00107-02 PG-500)

Na decisão acima transcrita resta evidente a PRIVATIVIDADE das atividades dos Fisioterapeutas e Terapeutas

Ocupacionais, o que, ao seu turno, implica impossibilidade de subordinação a qualquer outro profissional.

De modo específico sobre a alegação de subordinação aos médicos, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça espancou qualquer dúvida sobre o tema ao concluir que *“Assim, bem delineado o campo de atribuições dos profissionais em questão não se pode concluir que se deve exigir nas clínicas de fisioterapia que o trabalho dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais seja supervisionado por médicos, o que obviamente não impede que nos quadros de clínica de fisioterapia esses profissionais possam trabalhar conjuntamente, com o objetivo de prestar um serviço mais completo aos pacientes.”* (Trecho do voto da Min. Eliana Calmon, Relatora do REsp nº 693.466 e REsp nº 693.454).

Cumprido apontar, ainda, que cada profissional responde pelos seus próprios atos perante o paciente, cada qual no âmbito de sua responsabilidade profissional é inteiramente responsável pelas suas práticas. A responsabilidade técnica pelos atos fisioterapêuticos é exclusiva do fisioterapeuta e não pode ser delegada ou transferida por ordem de serviço ou determinação administrativa, bem assim como a responsabilidade técnica por qualquer outra profissão.

Pelo exposto, inexoravelmente se impõe o reconhecimento da existência de atos privativos dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. E, assim sendo, por atuarem de forma privativa e exclusiva, se apresenta inadequada a exigência de subordinação a qualquer outro profissional oriundo de outra área de atendimento à saúde, ressalvadas apenas as ordens de natureza administrativa ou funcional, em decorrência de atividade interdisciplinar por força de acordo ou regra funcional interna no âmbito da administração de equipe multidisciplinar. Do contrário, a exigência de subordinação de uma atividade profissional a qualquer outra implica inconstitucionalidade, por afronta ao art. 5º, XIII, da Constituição da República, que assim disciplina<sup>(20)</sup>:

*Art. 5º.*

*XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.*

Assim sendo, médicos e fisioterapeutas respondem civil e criminalmente pelos seus atos, em casos de imprudência, negligência e imperícia. Portanto, a execução de qualquer tarefa terapêutica, de qualquer profissional de saúde, deve ser precedida por uma consulta, específica de cada profissão e com finalidades distintas. Não é possível, para nenhum destes profissionais, estabelecerem qualquer tipo de conduta terapêutica, sem que haja, primeiro, apropriação técnico-científica

sobre seus atos terapêuticos e, segundo, análise interpretativa adequada dos seus respectivos diagnósticos – médico e fisioterapêutico.

*Lei nº 10.406/2002 Código Civil*

*Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.*

*Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.*

*Art. 928. O incapaz responde pelos prejuízos que causar, se as pessoas por ele responsáveis não tiverem obrigação de fazê-lo ou não dispuserem de meios suficientes.*

*Parágrafo único. A indenização prevista neste artigo, que deverá ser eqüitativa, não terá lugar se privar do necessário o incapaz ou as pessoas que dele dependem.*

*Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:*

*III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;*

*Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos.*

*Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.*

*Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.*

*Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.*

A responsabilidade dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, veterinários, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros) pode ser aquilatada em campos distintos, embora interrelacionados, podendo influenciar-se mutuamente.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, com a finalidade de proteção social faz a apuração ético-administrativa como um órgão fiscalizador e regulamentador do profissional, exigindo o fiel cumprimento do **Código de**

**Ética Profissional** que, deixa claro o dever do profissional de executar a consulta fisioterapêutica:

## CAPÍTULO II

**Art. 8º. É proibido ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional**, nas respectivas áreas de atuação:

**XXVIII** - *prescrever tratamento sem examinar diretamente o cliente, exceto em caso de indubitável urgência ou impossibilidade absoluta de realizar o exame;*

**Art. 9º.** O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional **fazem o diagnóstico fisioterapêutico e/ou terapêutico ocupacional e elaboram o programa de tratamento.**

**Art. 13.** O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, à vista de parecer diagnóstico recebido e após buscar as informações complementares que julgar convenientes, avaliam e decidem quanto à necessidade de submeter o cliente à fisioterapia e/ou terapia ocupacional, mesmo quando o tratamento é solicitado por outro profissional.

Algumas destas infrações éticas podem configurar-se em **ilícitos civis ou penais.**

## **2 - ESCLARECIMENTOS SOBRE A CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA:**

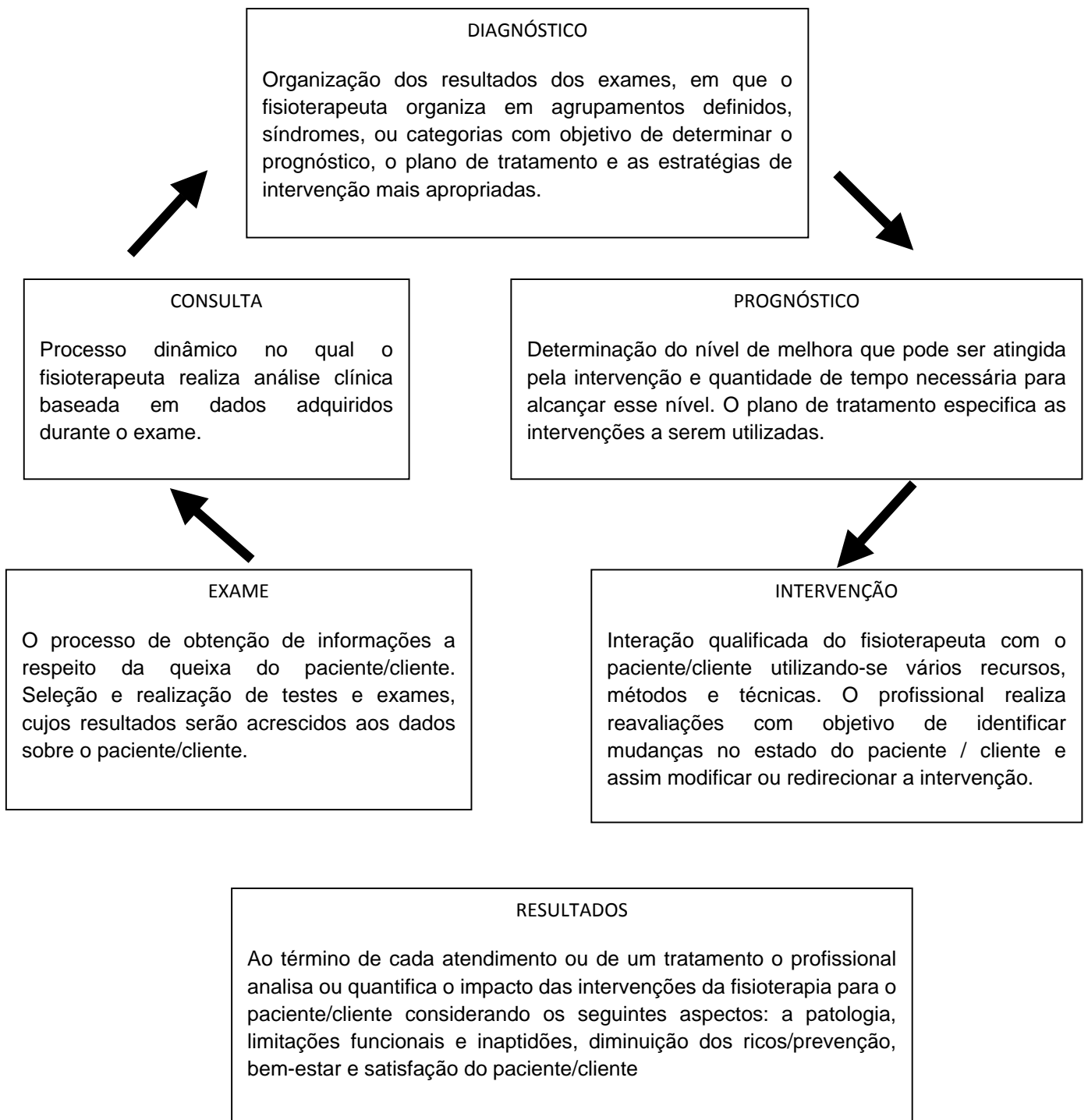
O processo fisioterapêutico se inicia com a **CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA**, voltada exclusivamente para o paciente, considerando com o mesmo grau de importância todas as dimensões da saúde, incluindo as atividades e a participação social, pois uma mesma patologia, diagnosticada em diferentes indivíduos, não causará o mesmo impacto, a mesma alteração de funcionalidade e a mesma incapacidade e estes não se restringem ao nível de estrutura e função do corpo.

Portanto a construção do diagnóstico, do prognóstico, da conduta de tratamento, da intervenção e da alta fisioterapêutica se modifica conforme a condição clínico-funcional do momento em que o usuário de saúde está sendo avaliado pelo fisioterapeuta. Assim, o diagnóstico fisioterapêutico, definido também como diagnóstico cinesiológico-funcional, não é estático e é pré-requisito para a conduta fisioterapêutica, impondo a este profissional a necessidade de avaliação contínua no processo de condução de um caso clínico, reforçando a noção de que o fisioterapeuta não direciona o seu foco terapêutico para a doença propriamente dita e sim para os eventos semiológicos oriundos desta situação, determinantes de possíveis e/ou efetivas alterações funcionais, que implicam em ações preventivas e/ou para recuperações funcionais da fisioterapia, respectivamente.

A American Physical Therapist Association descreve o processo fisioterapêutico desde os meios diagnósticos até a intervenção terapêutica, com constante avaliação dos resultados, conforme exposto na figura 1 a seguir. <sup>(1)</sup>

Figura 1: **Guide to physical therapist practice, 2001.**

### 3 - PROCESSOS DA CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA



O processo da consulta fisioterapêutica, tal qual descrito anteriormente, é dinâmico e busca informações necessárias para subsidiar o diagnóstico e conduzir o processo de tomada de decisão para a conduta fisioterapêutica. Além disso, no primeiro momento avaliativo de um indivíduo, se constituem as possibilidades prognósticas para a situação clínica em questão. Desta forma, o diagnóstico fisioterapêutico se modifica conforme as alterações apresentadas em cada momento avaliativo, já o prognóstico, que agregam as possibilidades terapêuticas quanto aos resultados esperados, pode ser definido no primeiro momento avaliativo. O processo de avaliação fisioterapêutica deve então seguir a seguinte seqüência:

Anamnese: busca informações gerais – idade, sexo, raça, procedência, etc. – e sobre a história clínica atual e pregressa, que pode ser colhida do próprio paciente e/ou familiar responsável e/ou profissionais de saúde e/ou do prontuário hospitalar. Além de identificar as disfunções, se faz necessário conhecer as informações precedentes ao comprometimento atual – como era antes? Grau de dependência, AVDs (Atividades de Vida Diária), condições respiratórias (dispnéia de repouso, tosse, por ex.), condições cardíacas, dificuldades de movimentos pela dor e/ou limitação, etc.

Exame físico: condições gerais, nível de consciência, sinais vitais, saturação periférica de oxigênio, inspeção (expansibilidade torácica, *drive* e padrão respiratório), sinais e sintomas de desconforto respiratório, palpação, percussão, ausculta pulmonar, avaliação motora, sensitiva e cutânea, grau de mobilidade articular, capacidade muscular (força e alongamento), desvios posturais, qualidade da marcha, perímetro da marcha, equilíbrio e postura, aspecto circulatório, goniometria, cirtometria, alterações biomecânicas, postura antálgica, reações de proteção, frequência ventilatória, espirometria, frequência cardíaca, consistência muscular, rigidez muscular, hipotonia, hipertonia espástica, tônus de oposição, sentido e posição articular, etc.

Exames complementares: Exames de imagem (RX, Tomografia, Ressonância Magnética e Ultrassonografia), medidas de variáveis respiratórias (força muscular e volumes pulmonares), exames



laboratoriais (gasometria arterial), exames previstos no RNHF, entre outros.

#### 4 - PROCESSOS DO DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

O diagnóstico fisioterapêutico e/ou cinesiológico-funcional é um processo contínuo, que depende das circunstâncias clínico-funcionais expressadas no momento da avaliação. Sua interpretação requer um amplo conhecimento científico, adquiridos ao longo de muito estudo e da experiência do fisioterapeuta. Esta interpretação provém de uma análise criteriosa do processo avaliativo, que visa identificar o fator etiológico do comprometimento funcional, para então prescrever a intervenção fisioterapêutica adequada. Constitui o juízo profissional de um fisioterapeuta sobre o estado de saúde de um portador de enfermidade ou lesão, partindo da observação de um processo patológico subjacente e de elementos anexos constituídos por dados colhidos na admissão do paciente, o histórico patológico, os dados que se deduzem do exame clínico e demais elementos clínicos, funcionais e psicossociais (2). Traduz a qualificação e a quantificação das disfunções da cinesia humana, dá sentido a um conjunto de sinais, sintomas e desvios funcionais.

Desta forma, a indicação fisioterapêutica não é direcionada para o tipo de patologia e sim para o distúrbio funcional decorrente ou não da enfermidade em questão, pois é possível nos depararmos com um comprometimento funcional decorrente da idade, do estilo de vida ou de outra situação não específica à doença<sup>(3)</sup>.

Definido (na França) no decreto de 08 de Outubro de 1996, **o diagnóstico fisioterapêutico é concebido como um complemento ao diagnóstico médico, a partir de recomendações da OMS e, posteriormente da CIF.** A proposta deste diagnóstico é que se recorra a análises funcionais, especialmente àquelas que se baseiam na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recomendado pela OMS como complemento ao CID. A CIF é o arcabouço metodológico da OMS para mensurar a saúde e a incapacidade em ambas as escalas, individual e populacional, sendo endossada pelos Estados Membros como o padrão internacional (Resolução WHO 54.21, de 12/05/2001).

Desta forma, a adequada interpretação semiológica da situação clínica será fundamental para o estabelecimento de todos os componentes envolvidos nos processos de funcionalidade e de incapacidade humana, permitindo, diagnóstico preciso e conseqüente intervenção/tratamento fisioterapêutico adequado, resultando em maior resolutividade, menor tempo de tratamento e maior satisfação do paciente.

## **5 - INTERVENÇÃO/TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO:**

Uma abordagem terapêutica abrangente permite que as necessidades dos indivíduos sejam completamente consideradas. Uma disparidade entre os problemas levantados por um indivíduo e os fatores objetivos avaliados pelos profissionais da reabilitação pode levar a estratégias inapropriadas de intervenção, dificuldades na comunicação e diminuição da adesão ao tratamento. Portanto, a consulta com avaliação centrada no paciente permite ao fisioterapeuta a formulação dos problemas relevantes e dos objetivos específicos, o discernimento dos fatores que causam ou contribuem para esses problemas e o planejamento de intervenções mais apropriadas (4).

Uma premissa importante é a de que o tratamento deve ser baseado no perfil funcional identificado pelo fisioterapeuta, pois o diagnóstico médico não provê informações suficientes acerca das conseqüências das doenças e de seus impactos em todas as dimensões da funcionalidade humana. A utilização da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, pois duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes manifestações funcionais e duas pessoas com capacidade funcional equivalente não necessariamente apresentam a mesma condição de saúde (5).

## **6 - CONCLUSÃO:**

1- O êxito da intervenção fisioterapêutica se avalia pela resolução dos sinais e sintomas e a satisfação do cliente em menor tempo possível.

2 - O êxito do processo de reeducação se mede pela volta às atividades profissionais, sociais e de lazer, no menor prazo e no melhor custo.

3 - O melhor custo se alia ao menor prazo. Uma estimativa da duração do tratamento acompanha cada indicador clínico - funcional no equilíbrio preditivo por critérios de alta.

4 - Um diagnóstico acertado é condição indispensável para uma atenção fisioterapêutica adequada. O uso judicioso dos recursos semiotécnicos e de exames complementares constituem a base para a administração da prática eficaz da Fisioterapia.

**Portanto se o que se preconiza no atendimento ao cliente/usuário é a qualidade, nada melhor e mais justo do que seguir a definição da OMS:**

**Qualidade segundo a OMS:**

**Assistir a cada paciente com a combinação das atuações diagnósticas e terapêuticas que assegurem o melhor resultado em termos de saúde, de acordo com o estado atual das ciências da saúde, ao menor custo para um melhor resultado, com o mínimo risco iatrogênico e para sua completa satisfação, no que se referem a procedimentos, resultados e contatos humanos no interior do sistema de saúde.**

## **7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Rothstein JM. On the second edition of the Guide to Physical Therapist Practice. *Phys Ther.* 2001 Jan;81(1):6-8.
2. Dekker J., Van Baar M.E., Curfs E. C. , Kerseens J.J. : Diagnosis and Treatment in Physical Therapy : na investigation of their relationship. *Phys. Ther.*, 1993, 73, 568-80 (adaptado).
3. Viel É. Conduta e Metodologia do Diagnóstico. In: Viel É, editor. O Diagnóstico Cinesioterapêutico - Concepção, Realização e Transcrição na Prática Clínica e Hospitalar. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda; 2001. p. 1-15.
4. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82(11): 1098-107.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.
6. Raman S, Levi SJ. Concepts of disablement in documents guiding physical therapy practice. *Disabil Rehabil* 2002; 24(15): 790-7.

7. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-1182.
8. Gray DB, Hendershot GE. The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(12 Suppl 2): S10-4.
9. Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) model. *Soc Sci Med* 2001; 53(10): 1261-73.
10. Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12): 588-95.
11. The World Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-1409.
12. Organização Mundial de Saúde. Icidh-2: Internacional classification of functioning and disability. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1999.
13. Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disabil Rehabil* 2001; 23(11): 462-73.
14. Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil* 2003; 25(18): 1075-9.
15. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82(11): 1098-107.
16. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-118.
17. Sahrman S.A. : Diagnosis by the Physical Therapist : a prerequisite for treatment. *Phys. Ther.*, 1988, 68/11, 1703-06
18. Dekker J., Van Baar M.E., Curfs E. C. , Kerseens J.J. : Diagnosis and Treatment in Physical Therapy : na investigation of their relationship. *Phys. Ther.*, 1993, 73, 568-80 (adaptado)
19. Viel, E. Diagnóstico Fisioterápico: concepção y aplicación
20. Mello, Alexandre: Parecer sobre atendimento Multidisciplinar e Autonomia Profissional: Procuradoria Jurídica CREFITO-8, 2011.

**Dra Marlene Izidro Vieira**  
Fisioterapeuta

**Dr. Fernando Muniz**  
Fisioterapeuta