

**Universidade de Brasília – UnB**

**ANA FÁTIMA VIERO BADARÓ**

**ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁXIS DA FISIOTERAPIA:  
DESVELANDO COMPORTAMENTOS**

**Brasília, DF  
2008**

**Ana Fátima Viero Badaró**

**ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁXIS DA FISIOTERAPIA:  
DESVELANDO COMPORTAMENTOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem**

**Brasília, DF  
2008**

**Universidade de Brasília – UnB**

**ANA FÁTIMA VIERO BADARÓ**

**ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁXIS DA FISIOTERAPIA:  
DESVELANDO COMPORTAMENTOS**

**Brasília, DF  
2008**

**Ana Fátima Viero Badaró**

**ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁXIS DA FISIOTERAPIA:  
DESVELANDO COMPORTAMENTOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem

**Brasília, DF  
2008**

Universidade de Brasília – UnB  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
Aprova a Tese de Doutorado

**Ética e Bioética na Práxis da Fisioterapia: desvelando comportamentos**

elaborada por

**ANA FÁTIMA VIERO BADARÓ**

para obtenção do título de  
**Doutor em Ciências da Saúde**

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem (FS/UnB)  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Maria da Rocha – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Membro Efetivo

---

Prof. Dr Leocir Pessini – Centro Universitário São Camilo  
Membro Efetivo

---

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves – Universidade de Brasília  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Nantua Evangelista – Universidade de Brasília  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> - Ivone Kamada – Universidade de Brasília  
Membro Suplente

Brasília, DF, 30 de junho de 2008.

À meu pai, Erasmo (*in memoriam*), pelos valores éticos aprendidos;  
À minha mãe, Elsa, pelo modelo de cuidado e humanismo ensinados;  
A família, pela convivência e pelo amor que nos mantém unidos.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pelas escolhas permitidas.

À professora orientadora Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem, pelo carinho, atenção e dedicação desde o primeiro contato, por compartilhar efetivamente de todas as etapas deste trabalho, pela pessoa humana e sensível que tive a oportunidade de conhecer, e pelo aprendizado proporcionado, meu muito obrigada.

Quero agradecer, também, a todas as pessoas que de algum modo se envolveram neste trabalho, desde a intenção de ingressar no doutorado, a construção do projeto, seu desenvolvimento, até o momento dessa finalização.

Ao tentar listar as pessoas que contribuíram com este estudo, não foi possível delimitar as citações, pois foram muitas aquelas que, nesse período, tiveram uma participação significativa. Todas foram importantes os professores, os funcionários, os colegas de trabalho, os alunos, os amigos, os familiares, os colaboradores, os voluntários e, também, os meus cuidadores. Agradeço a todos o apoio, as contribuições e as colaborações recebidas durante esse processo.

# SUMÁRIO

RESUMO.....	11
ABSTRACT .....	12
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE TABELAS .....	14
LISTA DE QUADROS .....	15
LISTA DE ABREVIATURAS .....	16
PRÓLOGO .....	18
INTRODUÇÃO .....	20
Justificativa .....	24
Objetivos .....	24
Organização da apresentação .....	25
CAPÍTULO 1 REFERENCIAL TEÓRICO .....	27
1.1 O Conhecimento Científico .....	27
1.2 A Fisioterapia .....	28
1.2.1 As especificidades da fisioterapia.....	29
1.2.2 A história da fisioterapia .....	30
1.2.3 Século XX: marco do desenvolvimento e do reconhecimento da fisioterapia .....	32
1.2.4 O surgimento e o desenvolvimento da profissão no Brasil .....	33
1.2.5 Áreas de atuação e especialidades em fisioterapia .....	36
1.3 Ética e Moral .....	37
1.4 Bioética .....	39
1.5 Teoria Principlista .....	40
1.5.1 O princípio da autonomia .....	42
1.5.2 O princípio da beneficência .....	44
1.5.3 O princípio da não-maleficência .....	44
1.5.4 O princípio da justiça .....	45
1.5.5 Algumas críticas ao principlismo .....	45
CAPÍTULO 2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
2.1 Recursos Metodológicos Utilizados .....	49

2.1.1 Pesquisa bibliográfica .....	49
2.1.2 Pesquisa de campo .....	50
2.2 Delineamento do Estudo .....	53
2.3 Etapas da Pesquisa .....	53
2.3.1 Etapa I: fundamentação teórica.....	53
2.3.2 Etapa II: perfil do fisioterapeuta .....	54
2.3.3 Etapa III: a teoria principialista e a práxis da fisioterapia .....	54
2.4 Instrumentos de Pesquisa .....	55
2.4.1 O questionário .....	55
2.4.2 As entrevistas .....	55
2.5 O Local da Pesquisa .....	56
2.6 Participantes da Pesquisa .....	58
2.6.1 Critérios de inclusão e exclusão .....	59
2.6.2 População e amostra .....	59
2.6.3 Tipo de amostragem e cálculo estatístico .....	60
2.7 Aspectos Éticos .....	60
2.7.1 Registros e avaliação do projeto .....	61
2.7.2 Confidencialidade .....	61
2.7.3 O processo de obtenção do TCLE.....	61
2.7.4 Retorno dos resultados aos participantes .....	62
2.8 Validação dos Instrumentos de Pesquisa .....	62
2.9 A Coleta de Dados .....	63
2.9.1 Coleta de dados por meio do questionário .....	63
2.9.2 Coleta de dados por meio das entrevistas .....	64
2.10 A Análise dos Dados .....	66
2.10.1 Análise dos dados do perfil dos fisioterapeutas (questionário)	67
2.10.2 Análise do conteúdo das entrevistas .....	67
2.10.3 Análise final .....	69
2.11 Recursos financeiros .....	69
CAPÍTULO 3 BIOÉTICA E PESQUISA NA FISIOTERAPIA: aproximação e vínculos.....	70
Resumo .....	71
Abstract .....	72
Introdução .....	73

3.1 Metodologia .....	75
3.2 Resultados .....	76
3.3 Discussão .....	81
3.4 Conclusão .....	82
3.5 Referências Bibliográficas .....	83
<b>CAPÍTULO 4 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS DE SANTA MARIA (RS) E A ORIGEM DAS SUAS CONCEPÇÕES SOBRE ÉTICA .....</b>	<b>84</b>
Resumo .....	85
Abstract .....	86
Introdução .....	87
4.1 Metodologia .....	89
4.2 Resultados e Discussão .....	90
4.3 Referências Bibliográficas .....	99
<b>CAPÍTULO 5 O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA REVELADO NA PRÁXIS DOS FISIOTERAPEUTAS .....</b>	<b>102</b>
Resumo .....	103
Abstract .....	104
Introdução .....	105
5.1 Os Profissionais Fisioterapeutas .....	106
5.2 O Conceito de Práxis .....	106
5.3 O Princípio da beneficência explicitado na assistência fisioterapêutica .....	107
5.4 Sobre a cura .....	109
5.5 Metodologia .....	110
5.6 Resultados e Discussão .....	111
5.7 Considerações Finais .....	115
5.8 Referências Bibliográficas .....	116
<b>CAPÍTULO 6 AUTONOMIA PROFISSIONAL E OS DILEMAS ÉTICOS NA PRÁXIS DOS FISIOTERAPEUTAS .....</b>	<b>118</b>
Resumo .....	119
Abstract .....	120
Introdução .....	121
6.1 O Princípio da autonomia .....	121
6.2 Fisioterapia: questões éticas e bioéticas .....	123

6.3 Metodologia .....	124
6.4 Resultados e Discussão.....	125
6.4.1 A inserção da bioética na fisioterapia, segundo os fisioterapeutas entrevistados .....	125
6.4.2 O princípio da autonomia na práxis dos fisioterapeutas .....	127
6.4.3 Priorização dos procedimentos técnicos para as ações fisioterapêuticas .....	131
6.4.4 Dilemas éticos na práxis dos fisioterapeutas .....	132
6.5 Considerações Finais .....	137
6.6 Referências Bibliográficas .....	137
CONCLUSÃO .....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	143
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	147
ANEXO .....	149

## RESUMO

### **Ética e bioética na práxis da fisioterapia: desvelando comportamentos**

A bioética emergiu como alternativa para promover a reflexão sobre os conflitos morais relacionados ao homem, ao seu bem-estar e à sua inter-relação com o meio ambiente. Busca analisar os dilemas humanos sob a ótica das teorias éticas, entre as quais a princípalista é a mais divulgada na área da saúde. É considerada uma ética aplicada, normativa, prática e produtiva, que auxilia na análise e na reflexão sobre problemas na prática biomédica; entretanto sua inserção na práxis da fisioterapia é recente. O objetivo geral deste estudo foi analisar a inserção da ética e da bioética na práxis dos fisioterapeutas, buscando compreender os dilemas éticos existentes sob a ótica dos quatro princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Utilizaram-se a pesquisa bibliográfica e a investigação de campo, por meio de abordagens quantitativa e qualitativa. A pesquisa bibliográfica consistiu em um estudo exploratório, através da revisão sistemática dos textos publicados a partir de 2000, em bases de dados eletrônicos e em sites de revistas de fisioterapia. Isso permitiu verificar como os temas sobre ética e bioética foram incorporados à prática e à pesquisa em fisioterapia. Constatou-se que a evolução da pesquisa bioética na área é crescente no cenário internacional, mas há carência desses estudos no âmbito nacional. A pesquisa do tipo quantitativa, com estudo transversal e descritivo, foi realizada com 167 fisioterapeutas que atuavam em Santa Maria (RS), no final de 2006. Os dados foram coletados por meio de instrumento semi-estruturado, codificados e analisados utilizando-se o banco de dados Microsoft Excel 2002 e processados pelo pacote estatístico SAS (Statistical Analysis System). Esses profissionais eram, em sua maioria, adultos entre 22 e 35 anos (60%), mulheres (83%) e atuavam predominantemente como autônomos. A pesquisa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas em duplas com 26 fisioterapeutas, selecionados intencionalmente de acordo com a área, o local e os níveis de atuação. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática para a interpretação e discussão dos dados. Na prática profissional, os fisioterapeutas demonstraram respeito pelos aspectos éticos normativos da profissão, usados em benefício do paciente. A tendência a ações paternalistas ainda prevalece, embora as tentativas de superação desse modelo sejam crescentes, o que é evidenciado pelo respeito aos direitos e às decisões autônomas dos pacientes. Quanto ao pleno exercício da autonomia, observou-se que a estrutura do sistema de saúde, as relações de trabalho e a formação acadêmica impõem a esses profissionais diversas limitações caracterizadas por dilemas nas relações intra e interprofissionais e terapeuta-paciente. Isso demonstra a necessidade premente de inserir as questões éticas e bioéticas tanto na formação acadêmica quanto na prática e capacitação dos fisioterapeutas, como forma de contribuir para as tomadas de decisões em situações conflituosas.

**Descritores:** Ética, Bioética, Fisioterapia (Especialidades), Revisão (Tipo de Publicação), Prática Profissional, Autonomia.

## ABSTRACT

### Ethics and bioethics in physical therapy

Bioethics emerged as an alternative to promote reflections on the moral conflicts related to man, to their well-being, and to their inter-relation with the environment. It tries to analyze the human dilemmas according to ethical theories, being the principlism theory the most known in the health field. It is considered applied, normative, practical, and productive ethics, helping the analysis and the reflections on problems in the biomedical practice; however, it has just been included in physical therapy praxis. The general objective of this study was to analyze the inclusion of ethics and bioethics in the physical therapists' practice, aiming at understanding the existent ethical dilemmas according to the four principles – autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Bibliography and field research through quantitative and qualitative approaches were used. The bibliography research consisted of an exploratory study through a systematic review of texts published on electronic databases and on websites of physical therapy magazines from the year 2000 on. This made it possible to verify how the issues about ethics and bioethics were incorporated into the practice and the research in physical therapy. It was observed that there is an ever-increasing evolution of bioethics research in the international scenario, but there is a lack of such studies in the national scenario. The quantitative research with a transversal and descriptive study was carried out with 167 physical therapists who worked in Santa Maria (RS) late in 2006. Data were collected through a semi-structured instrument, coded and analyzed using Microsoft Excel 2002 database and were processed by the statistics package SAS (Statistical Analysis System). Most of these professionals were adults between 22 and 35 years old (60%), women (83%) and predominantly self-employed. The qualitative research was carried out through interviews in pairs with 26 physical therapists, selected deliberately, according to the clinical area, the place and levels of performance. The technique thematic content analysis was used to interpret and discuss the results. In the professional practice, physical therapists showed respect for the normative ethical aspects of the profession, used to benefit the patient. There is still a tendency to paternalist actions, although there are increasing attempts to overcome this model, which is shown by the respect for the patients' rights and autonomous decisions. Regarding the full exercise of autonomy, it was observed that the structure of the health system, the work relationships and the academic education impose a lot of limitation on these professionals, characterized by dilemmas in the intra and interprofessional relationships as well as in the therapist-patient ones. This shows the urgent need to include ethical and bioethical issues not only in the academic education but also in the physical therapists' practice and studies, as a way to contribute to decision-making in conflicting situations.

**Key words:** Ethics, Bioethics, Physical Therapy (Specialties), Review (Publication Type), Professional Practice, Autonomy.

## LISTA DE FIGURAS

### Figuras do Capítulo 2:

- Figura 1 – Localização geográfica da Cidade de Santa Maria –RS..... 56
- Figura 2 – Localização dos hospitais e ambulatórios de fisioterapia e os bairros que possuem serviços de fisioterapia. .... 58

### Figuras do Capítulo 4:

- Figura 1 – Frequência da origem dos conhecimentos dos fisioterapeutas sobre ética ..... 97
- Figura 2 – Frequência dos termos relacionados com a ética, estudados na graduação..... 98

### Figuras do Capítulo 5:

- Figura 1 – Sensibilidade do profissional na ponderação acerca das avaliações e do comportamento dos pacientes, na atuação da fisioterapia ..... 114

## LISTA TABELAS

Tabelas do Capítulo 4:

Tabela 1 –	Distribuição dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS) de acordo com suas características sociodemográficas, o sexo e a proporcionalidade .....	91
Tabela 2 –	Características da atuação dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS) .....	93
Tabela 3 –	Distribuição dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS), com pós-graduação, de acordo com o período e as áreas de realização .....	95

## LISTA DE QUADROS

### Quadros do Capítulo 2:

Quadro 1 – Estudos realizados com entrevistas em duplas de participantes .....	51
Quadro 2 – Considerações metodológicas acerca das entrevistas realizadas com os fisioterapeutas sobre ética e bioética no estudo piloto .....	52
Quadro 3 – Categorização das duplas de fisioterapeutas entrevistados .....	65

### Quadros do Capítulo 3:

Quadro 1 – Relação das publicações que relacionam ética e fisioterapia, a partir do ano 2000.....	78
Quadro 2 – Temas nacionais sobre ética/bioética e a fisioterapia.....	80

### Quadro do Capítulo 5:

Quadro 1 – Discriminação dos eixos temáticos.....	112
---	-----

### Quadros do Capítulo 6:

Quadro 1 – Categorias temáticas que dizem respeito à autonomia dos fisioterapeutas .....	128
Quadro 2 – Prioridades para decidir os procedimentos fisioterapêuticos....	131
Quadro 3 – Critérios de prioridade para eleição dos procedimentos nos setores de internação .....	132
Quadro 4 – Caracterização dos dilemas profissionais apontados pelos fisioterapeutas .....	133

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABBR – Associação Beneficente Brasileira de Reabilitação  
ABF – Associação Brasileira de Fisioterapeutas  
AFISM – Associação dos Fisioterapeutas de Santa Maria e Região  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
CREFITO 5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 5ª Região, Rio Grande do Sul  
CTI – Centro de Terapia Intensiva  
D.O.U. – Diário Oficial da União  
GAP/CCS – Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde  
HGU – Hospitais Militares Federais do Exército, Hospital da Guarnição de Santa Maria  
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases  
MEC – Ministério da Educação e Cultura  
OMS-ONU – Organização Mundial de Saúde  
PICDT – Programa Institucional de Capacitação de Docentes e Técnicos  
RS – Rio Grande do Sul  
SAS – Statistical Analysis System  
SISNEP – Sistema Nacional de Informação Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria  
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UNIFRA – Centro Universitário Franciscano

UNIMED – Cooperativa Médica de Santa Maria - RS

UNIRIO/UFRJ – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

USP – Universidade de São Paulo

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

## PRÓLOGO

*Filosofamos para encontrar sentido para o que somos e fazemos e buscamos sentido para atender aos nossos anseios de liberdade, pois consideramos a falta de sentido um tipo de escravidão.*

Adela Cortina & Emílio Martínez

O tema aqui exposto – “Ética e Bioética na Práxis da Fisioterapia: desvelando comportamentos” – é, em parte, fruto de uma antiga inquietação sobre as experiências vivenciadas no exercício da profissão, que, silenciadas, mas vivas, estavam veladas no inconsciente dos profissionais fisioterapeutas. Por outro lado, é também fruto do contato com essa nova possibilidade analítica, a bioética, que se coloca entre nós como um caminho seguro para promover a reflexão sobre estas questões.

Como profissional da saúde, exerço minhas atividades junto ao corpo docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Saúde Coletiva e Mestre em Educação, procurei sempre relacionar o processo de saúde ao processo educativo junto às ações assistenciais e preventivas, direcionadas aos cuidados da postura corporal em todas as fases do desenvolvimento humano.

O interesse pela temática da bioética emergiu a partir de minha inserção como membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no ano de 1997. Naquela época, tínhamos como referência, para os estudos das questões éticas, a recém lançada Resolução 196/96, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual havia despertado o interesse de alguns dos docentes da área da saúde para organizar o CEP.

Quando ingressei no CEP já trazia comigo a vertente indagadora sobre as questões de saúde, mas carecia ainda de conhecimentos que pudessem fundamentar a reflexão a partir da abordagem bioética. Isso me levou a realizar, em 2000, o Curso de Extensão de Bioética da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre. Essa experiência me motivou a realizar o curso de doutorado nessa área.

A carência das discussões sobre bioética, tanto na literatura científica da fisioterapia, como nos discursos dos fisioterapeutas, instigou-me a buscar, nos fundamentos dessa ciência, questões capazes de promover a reflexão sobre a práxis da fisioterapia e os dilemas éticos enfrentados no exercício da profissão.

Foi necessário vencer alguns desafios, rever as questões filosóficas, compreender e refletir sobre o que vem a ser de fato a bioética, suas origens e correntes. A escolha de utilizar a teoria principialista da bioética como referencial analítico talvez tenha sido fruto da origem flexeneriana introjetada na minha formação inicial como profissional da saúde.

Ao longo dessa trajetória, surgiram os questionamentos sobre a conscientização dos fisioterapeutas em torno das questões éticas e bioéticas que envolvem a nossa profissão. Pude exercitar, como docente em fisioterapia, alguns dos conhecimentos de bioética e ética em pesquisa, que venho adquirindo através dos estudos do doutorado.

É nesse contexto de aquisição e rompimento do saber adquirido, por meio de muita reflexão sobre a prática desenvolvida, do exercício da docência e da assistência, que chego a esse momento para divulgar o resultado desta pesquisa. Acredito que as discussões propostas contribuirão com a reflexão para a formação e a capacitação dos fisioterapeutas.

O crescimento da profissão exige que se tomem decisões clínicas conscientes, responsáveis e autônomas, pautadas em um sólido conhecimento ético e bioético. Para isso é necessário que nós, docentes, assumamos a responsabilidade pela inserção deste saber no ensino da fisioterapia.

## INTRODUÇÃO

Em vista dos abusos e transgressões praticados em todos os níveis da sociedade, ética e bioética têm sido temas recorrentes nos discursos atuais. Vive-se um amplo processo de questionamentos sobre as ações humanas frente à natureza e às relações interpessoais, em consequência dos avanços científicos e tecnológicos que passaram a fazer parte da vida das pessoas. As indagações envolvem aspectos de caráter religioso, científico, social, político, jurídico, ecológico e filosófico, voltados para uma lógica fundamentada no conhecimento antigo da ética, que foi retomada, de forma interdisciplinar, como instrumento para sistematizar um novo campo de conhecimento: a bioética.

A bioética emergiu nos anos setenta, em decorrência das reflexões sobre os danos ambientais causados pelos avanços da ciência e suas implicações na vida das pessoas e dos seres vivos. Também foram focos de reflexões, na época, os dilemas morais evidenciados na área médica, frutos do crescimento científico-tecnológico, da divulgação de pesquisas questionáveis realizadas com seres humanos, do questionamento dos valores tradicionalmente aceitos como verdadeiros, o que provocou grandes transformações sociais.<sup>1,2</sup> A associação entre conhecimento biológico (bio) e conhecimento dos sistemas de valores humanos (ética), apontada inicialmente por Van Rensselaer Potter, originou a publicação da obra intitulada *Bioética: uma ponte para o futuro*, em 1971.<sup>3</sup> Esse livro e o artigo que o precedeu, divulgado em 1970, são apontados como marco simbólico e temporal para a criação do termo bioética.<sup>3,4,5,6</sup>

A autoria do termo “bioética” também foi reivindicada por André Hellegers, por ter instituído esta expressão, também em 1971, com a denominação do centro de estudos *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, hoje conhecido como *The Kennedy Institute of Ethics*, passando a utilizá-la para designar uma disciplina criada neste instituto.<sup>1,2,4,5,6</sup>

A bioética nasce, assim, com dupla paternidade e com duplo enfoque. Van Potter, com uma visão ampla de sobrevivência da espécie humana, considerava que a bioética seria a ponte entre as ciências e a humanidade. Já na visão de André

Hellegers, a bioética foi considerada como um ramo da ética aplicada à medicina, tornando-se referência na ética médica.<sup>4</sup>

A associação de conhecimentos provenientes de diferentes disciplinas para delimitar essa nova matriz cultural promoveu o rompimento com conhecimentos fragmentados até então utilizados. A aplicação de um pensamento integrador está na origem da bioética, o que a transforma em um campo interdisciplinar por excelência.

Cabe salientar que a interdisciplinaridade está relacionada às experiências oriundas da utilização de saberes de distintas disciplinas na tentativa de promover a complementaridade do conhecimento. É considerada sinônimo de complexidade e pode ser definida como um ponto de cruzamento entre atividades com lógicas diferentes. A interdisciplinaridade implica a integração real das disciplinas, transcende e perpassa o conhecimento fragmentado.<sup>7,8,9</sup> Por outro lado, a multidisciplinaridade pressupõe a associação entre disciplinas diversas usadas simultaneamente para se trabalhar um determinado elemento. As matérias são agregadas de forma a contribuir com informações pertinentes ao seu campo de conhecimento, mas não há nenhuma integração ou cooperação entre elas.<sup>10</sup>

Os conhecimentos derivados da bioética, de um modo geral, não podem ser considerados, ainda, uma realidade efetiva na prática cotidiana dos profissionais da saúde. Na maioria das vezes, a atuação destes está condicionada por uma formação baseada na ética hipocrática, limitando-se ao estudo e ao cumprimento dos códigos de ética profissional.

Elizabeth Uchoa chama a atenção para o grande questionamento dos profissionais sobre o que seria a ética e como seria possível promover a reflexão sobre os princípios norteadores da assistência desenvolvida no exercício profissional.<sup>11</sup> Isso assume importância significativa, uma vez que as práticas assistenciais necessitam, além do bom senso e das regras profissionais, de conhecimentos de ética filosófica para o seu bom desempenho. A autora considera, ainda, que “a prática clínica não consiste em uma simples aplicação do conhecimento científico e as decisões clínicas sempre envolvem julgamentos de valor”.<sup>11:47</sup>

As descobertas técnico-científicas e seus avanços provocaram alterações nos valores éticos dos indivíduos, especialmente pela velocidade com que se impõem no cotidiano das pessoas. Na área da saúde, os questionamentos levantados pelos estudiosos, a partir das novas opções de recursos a serem usufruídos pelas pessoas e dos abusos praticados contra a humanidade, em nome da ciência,

resultaram no surgimento e na consolidação desse novo campo de conhecimento, a bioética. A reflexão sobre questões cada vez mais complexas é apontada como alternativa frente à emergência de conflitos morais relacionados ao homem, ao seu bem-estar e ao mundo em que vive.

Como outras profissões da saúde, a fisioterapia também se depara com dilemas que podem ser compreendidos a partir dos conhecimentos provenientes da bioética. No entanto, persiste a falta de incorporação de princípios éticos integralizadores na prática profissional, o que é fonte de potenciais dificuldades para a superação de dilemas éticos com os quais os profissionais se deparam.<sup>12,13,14</sup>

Embora os fisioterapeutas enfrentem constantemente desafios e conflitos éticos em sua prática cotidiana, a reflexão sobre essas situações carecem de uma discussão mais aprofundada, à luz das teorias bioéticas. A utilização desse conhecimento, a fundamentação requerida e sua aplicação estão bem mais evidenciadas nos cursos de medicina e de enfermagem. Isso pode ser observado em registros históricos que se refletem nas publicações nacionais e internacionais sobre o tema.

É certo que a formação tanto dos fisioterapeutas como de outros profissionais da área da saúde precisa, ainda, de um maior investimento no que se refere à utilização dos fundamentos da bioética, principalmente no que diz respeito à relação terapeuta-paciente. Essas questões emergem no campo de trabalho e, diferente do que se poderia pensar, a prática profissional se insere em um contexto histórico e temporal. A conjunção de diversos fatores transforma esta prática em uma práxis interativa e dialética.

O conceito de *práxis* tem sua fundamentação teórica em autores como Georg Hegel e Karl Marx e é considerada como atividade humana, real, efetiva e transformadora. O trabalho humano é a práxis fundamental, que consiste na prática concreta capaz de converter-se em produção permanente de novos conhecimentos. É, portanto, um movimento que possibilita a compreensão da realidade que é efetivamente contraditória. A práxis transforma-se, assim, na ação prática emancipadora do homem, abrindo-lhe inúmeras possibilidades de realização histórica.<sup>15</sup>

Jürgen Habermas desconsidera essa visão ao identificar a práxis com a técnica e ao distinguir interação social de trabalho. No universo da vida social estão o sistema de valores e as normas, que orientam as ações. No trabalho, está o

conjunto de subsistemas de ação, que tem o poder de dispor da natureza. Assim a práxis é definida como interesse pelo uso técnico do ambiente natural.<sup>16</sup>

Além desses há muitos outros conceitos de práxis, mas, neste estudo, ela é compreendida como processo histórico-social, como ação emancipadora do homem e, também, como a união entre teoria e prática. Os indivíduos se transformam quando, por meio da compreensão do seu labor prático, produzem conhecimento e mudam sua realidade. A práxis fundamenta o conhecimento e tem como critério de verdade a relação entre teoria e prática.<sup>15</sup> Desse modo, a prática deixa de ser apenas execução técnica para se transformar em ação práxis.

Uma vez que essa relação é essencial, a abordagem das questões vinculadas à ética e à bioética na fisioterapia buscou a sua fundamentação na teoria dos quatro princípios. Essa teoria, proposta em 1979 por Tom Beauchamp e James Childress, teve sua origem no Relatório Belmont, publicado nos Estados Unidos no ano anterior. Esse relatório foi o resultado dos trabalhos da *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, instituída em 1974 pelo governo estadunidense, para definir uma proposta mediadora para os conflitos morais decorrentes dos abusos em pesquisas, denunciados pela mídia nos anos setenta.<sup>1,2,17</sup> No relatório foram propostos três princípios – o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça – considerados fundamentais para nortear a prática de pesquisas envolvendo seres humanos. A esses, a teoria principialista acrescentou o princípio da não-maleficência.<sup>17</sup>

Os quatro princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – foram eleitos com o objetivo de fornecer ferramentas capazes de mediar os conflitos morais, principalmente aqueles decorrentes do processo de atenção à saúde das pessoas e da realização de pesquisas biomédicas e comportamentais. Essa teoria foi um dos modelos de análise bioética mais divulgados e constituiu-se, durante aproximadamente vinte anos, na teoria dominante da bioética.<sup>1,2,17</sup>

Considerando-se as questões mencionadas, o presente estudo buscou verificar como os princípios bioéticos estão inseridos nas relações terapeuta-paciente, intraprofissional e interprofissional dos fisioterapeutas. Com base nesses fundamentos bioéticos, procurou-se compreender as questões éticas que percorrem essas relações, e o problema de pesquisa foi delimitado a partir do questionamento:

**Como as questões éticas e bioéticas perpassam a práxis da fisioterapia?**

## **Justificativa**

A proposta de estudar o pensar e o agir dos fisioterapeutas para desvelar a presença de comportamentos éticos e bioéticos que possam ser reportados à teoria principialista, buscou compreender os dilemas éticos presentes na práxis desses profissionais de saúde.

Tanto a bioética como a fisioterapia são conhecimentos recentes, que se desenvolveram a partir da segunda metade do século passado e se consolidaram rapidamente. Na atualidade, são áreas de saber reconhecidas e consagradas nos meios clínicos, científicos e sociais. Ambas incorporam conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares, em um contínuo e crescente processo de evolução das suas concepções. No entanto, é recente a inserção da reflexão bioética sobre a práxis da fisioterapia, ou seja, a apropriação da fundamentação bioética pela fisioterapia carece de uma aplicação sistematizada. Pouquíssimos são os estudos e as publicações que aproximam essas duas áreas de conhecimento.

Essa nova maneira de analisar e solucionar desafios apresentada pela bioética foi o que despertou o interesse para realizar esta investigação. Para saber como a bioética se inseriu no campo da fisioterapia, não bastava apenas associar a experiência que se produziu na fisioterapia com a investigação histórica da bioética e verificar seus pontos de intersecção. Era preciso mais. Essa constatação foi o elemento que desencadeou a busca na literatura científica de artigos que enfocassem a aproximação entre a bioética e a fisioterapia.

Para se compreender a realidade das relações éticas entre os profissionais de saúde e os fisioterapeutas e entre estes e seus pacientes, bem como os dilemas éticos enfrentados no exercício da profissão, foi preciso, antes, conhecer esses fisioterapeutas, o que gerou a necessidade de se identificar seu perfil sócio-demográfico e profissional. Assim, somente após a efetivação dessa etapa, foi possível verificar as questões éticas e bioéticas que envolviam a sua práxis.

## **Objetivos**

O objetivo geral do estudo foi analisar a inserção de elementos éticos e bioéticos na práxis dos fisioterapeutas.

Os objetivos específicos foram:

- Realizar pesquisa bibliográfica das publicações sobre ética e bioética no campo da fisioterapia;
- Conhecer o perfil sócio-demográfico e profissional dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS) e verificar a origem das concepções sobre ética desses profissionais;
- Identificar, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, os princípios éticos de beneficência e não-maleficência que norteiam a práxis desses profissionais;
- Compreender, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, o princípio ético de autonomia em sua práxis profissional e explicitar os dilemas éticos mais freqüentes encontrados no exercício da profissão.

Para o desenvolvimento desses objetivos, consideraram-se, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, os elementos éticos e bioéticos a partir da teoria principialista.

### **Organização da Apresentação**

O trabalho está organizado em Introdução, Referencial Teórico, Metodologia, Resultados e Conclusões.

No Capítulo 1, apresenta-se o referencial teórico do estudo, centrado em três eixos temáticos: a fisioterapia, a ética e a teoria principialista da bioética. Inicia-se com a abordagem do conceito de conhecimento científico, apresenta-se a fisioterapia e faz-se uma retrospectiva da sua história; conceitua-se historicamente a ética, diferencia-se ética de moral e revêem-se os conceitos de bioética e os da teoria principialista.

No Capítulo 2, são apresentadas as questões metodológicas, explicitando-se o método que guiou essa caminhada em busca de um conhecimento novo. A possibilidade de se adotar certa variedade metodológica para se alcançarem os objetivos propostos propiciou a escolha de abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa, cuja complementaridade assegurou a fundamentação adequada para se desenvolverem os objetivos com precisão, clareza e fidedignidade.

No Capítulo 3, inicia-se a apresentação dos resultados, com o artigo intitulado “Bioética e Pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos”, o qual traz a revisão

sistemática da literatura sobre os temas que relacionam ética, bioética e fisioterapia. A investigação demonstrou a carência desses estudos no cenário nacional.

No Capítulo 4, está o segundo artigo, intitulado “Perfil Sócio-demográfico e Profissional dos Fisioterapeutas de Santa Maria (RS) e Suas Concepções Sobre Ética e Bioética”, em que se apresentam a população estudada, as suas características demográficas, a formação acadêmica, a atuação profissional e a origem da concepção que possuem sobre ética e bioética.

No Capítulo 5, terceiro artigo, intitulado “O Princípio da Beneficência na Práxis da Fisioterapia”, são apresentadas as questões referentes aos princípios da beneficência e da não-maleficência e suas relações com a cura e com a escolha de procedimentos fisioterapêuticos que envolvem os fisioterapeutas no exercício da profissão.

No Capítulo 6, último artigo, denominado “A Autonomia Profissional e Dilemas Éticos na Práxis dos Fisioterapeutas”, verificou-se como os fisioterapeutas vêem a bioética na fisioterapia. Foram apontados os seguintes aspectos que envolvem a autonomia profissional: a compreensão que possuem da autonomia exercida nas relações intra e interprofissionais e terapeuta-paciente; a determinação e priorização dos procedimentos fisioterapêuticos; e a competência da prescrição, execução e decisão terapêutica. Por fim, foram descritos os dilemas éticos mais frequentes vivenciados na prática desses profissionais.

Para finalizar, apresentam-se as conclusões do estudo, tecendo-se as considerações finais sobre a inserção da bioética na fisioterapia, as características profissionais dos fisioterapeutas, suas concepções sobre ética e bioética, as questões que envolvem os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, no exercício profissional e os dilemas éticos enfrentados.

# **CAPÍTULO I**

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico deste estudo está centrado em três eixos temáticos: a fisioterapia, a ética e a bioética, representada pela teoria principialista. A revisão da literatura sobre esses temas é considerada fundamental para a compreensão e a sustentação da pesquisa proposta. A trajetória deste estudo inicia-se pela abordagem do conceito de conhecimento científico, seguida pela apresentação da fisioterapia e sua retrospectiva histórica, de concepções sobre ética e bioética e da teoria principialista.

Com base nos fundamentos referidos, buscou-se efetuar a inter-relação entre essas áreas de conhecimento, o que contribuiu para a construção da proposta metodológica do estudo e para determinação dos procedimentos analíticos, bem como para a organização dos artigos resultantes da pesquisa.

### **1.1 O Conhecimento Científico**

A consciência e a capacidade de pensar e adquirir conhecimento é o que distingue o ser humano dos animais. Essa peculiaridade humana possibilitou o desenvolvimento de distintas formas de produção, com resultados inequívocos na melhoria da qualidade de vida do homem. A superioridade do conhecimento humano é alcançada no conhecimento científico, o qual é considerado por Roberto Richardson como a única possibilidade de transformação da natureza.<sup>18</sup>

O processo de formação da ciência moderna coincidiu com o desenvolvimento do capitalismo e com a expansão da navegação. O início do século XX foi marcado pelo advento da industrialização, e o conhecimento desenvolvido a partir desse período superou aquele que a humanidade já havia produzido em toda a sua história. As transformações sociais, econômicas e políticas produziram novos padrões de referência, e as manifestações dos cidadãos na luta pela implementação

de processos democráticos, de participação e de organização social podem ser consideradas frutos do desenvolvimento científico.<sup>19</sup> O conhecimento que se adquire, seja por meio da ciência, seja pela experiência cotidiana, capacita o sujeito para fazer escolhas entre as possibilidades do saber acumulado, o que lhe confere liberdade e poder de decisão.

Essa dimensão libertadora do conhecimento é, reconhecidamente, responsável pelos avanços tecnológicos e pela melhor qualidade de vida de que se desfruta no mundo atual. Por outro lado, esse conhecimento é também usado para fins duvidosos, com conseqüente aprisionamento e/ou exclusão de muitos indivíduos. Além disso, contribui para sustentar o poder de uns sobre os outros e, com isso, gerar crises e conflitos difíceis de serem solucionados.

Nesse contexto de conflitos entre o poder e a possibilidade de libertação, é possível verificar o crescimento da ênfase dirigida às discussões que envolvem questões éticas na atualidade. Isso ocorre, sobretudo, no que diz respeito à busca de situações consideradas mais justas para a humanidade.

## 1.2 A Fisioterapia

A fisioterapia tem sua fundamentação na antigüidade e sua história confunde-se com a da medicina. É uma profissão da área da saúde, considerada como um campo de atuação profissional e não uma área de conhecimento. Como campo profissional, utiliza-se do conhecimento existente já disponibilizado pelas áreas de interesse, como forma de intervir em ações de saúde sobre o movimento humano ou por meio dele.<sup>20</sup> A definição do que vem a ser a fisioterapia é a seguinte:

Uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da sinergia funcional, da cinesia e patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e das disciplinas comportamentais e sociais.<sup>21</sup>

Como profissão da área da saúde, a fisioterapia foi reconhecida, no final da década de 1960, pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. A sua regulamentação data de 1975, por meio da Lei 6.316/75, que criou, também, o

Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia.<sup>21</sup> O fisioterapeuta é considerado pela legislação nacional como:

Um profissional de saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), à prescrição das condutas fisioterapêuticas, à sua ordenação e indução no paciente, bem como ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para alta do serviço.<sup>21</sup>

De acordo com essa concepção, o cuidado fisioterapêutico envolve o conhecimento de diversas disciplinas, como a fisiopatologia, a biomecânica, a física, a cinesiologia, a psicologia, a sociologia, entre outras, nas ações de prevenção, promoção, atenção e reabilitação na saúde. Como objeto de estudo, a fisioterapia tem no movimento humano e na postura corporal o seu campo de intervenção, em todas as suas formas de expressão e relações, no que se refere às atividades do homem.<sup>20</sup>

### **1.2.1 As especificidades da fisioterapia**

Para exercer a sua especificidade, objetivada no desenvolvimento da capacidade físico-motora do indivíduo, as ações fisioterapêuticas requerem um contato direto entre o terapeuta e o paciente. Esse contato é caracterizado, principalmente, pelo toque das mãos do profissional em parte do corpo do paciente, por meio do emprego das técnicas de terapia manual, pelo contato do corpo do terapeuta com o corpo do paciente, no caso da recuperação da mobilidade por incapacidade parcial ou total de locomoção, e, ainda, pelo contato do terapeuta com o paciente através da utilização de meios físicos e/ou mecânicos.

Esse toque das mãos, que vem a ser um importante meio de contato do fisioterapeuta com o paciente no decorrer da execução de diferentes ações terapêuticas, pode suscitar uma variedade de interpretações. No trabalho corporal, as mãos terapêuticas tocam, sentem, fazem-se sentir, para que possam ser interpretadas neurofisiologicamente em busca de respostas ativantes ou calmantes, ao mesmo tempo em que estão prontas para segurar, apoiar ou encaminhar distintos movimentos corporais, ou mesmo o próprio corpo do paciente em sua totalidade.

Leonardo Boff considera que a mão não é simplesmente mão, é a pessoa humana que se revela através das mãos. A mão toca, acaricia<sup>i</sup>, segura, agarra, acalenta, traz quietude, possibilitando o encontro inter-humano. Ela configura a pessoa humana na sua totalidade ao revelar um modo carinhoso de ser.<sup>22</sup> Entende-se que é no espaço compreendido entre esses extremos, o de acariciar e o de agarrar, que está a mão terapêutica, a qual vai executar o cuidado corporal, a reabilitação das funções físico-motoras, propiciando o encontro inter-humano nas relações assistenciais da fisioterapia.

Assim, o ser humano revela pelas mãos o modo como realiza o cuidado, que não deixa de ser um modo carinhoso de agir. Neste cuidado, encontra-se o *ethos*, identificado nos princípios, nos valores e nas atitudes necessárias para a sociabilidade humana.<sup>23</sup> Dessa forma, pode-se afirmar que é pelas mãos que os fisioterapeutas exercem a sua práxis, que fazem a sua história profissional, que realizam a intersubjetividade humana e, também, transmitem a vivência adquirida entre teoria e prática aos interessados em ingressar na profissão.

Além dessa aproximação física, existe ainda a comunicação entre o terapeuta e o paciente, quando da interlocução verbal que ocorre durante o processo da explanação técnica e, também, do diálogo diversificado provocado pelo contato freqüente. Essa comunicação é importante, pois, o processo terapêutico requer certa regularidade de encontros, muitas vezes por períodos longos, variando entre dias, meses ou anos.

Essa aproximação terapêutica é uma característica muito marcante no exercício da profissão. O contato, seja pela intensidade da aproximação física, seja pelo prolongado tempo de assistência, seja ainda pela aproximação verbal, pode levar à descaracterização da relação profissional. Em decorrência disso, o fisioterapeuta deixa, muitas vezes, de ser visto como um terapeuta para ser considerado como uma pessoa mais próxima, um amigo, por exemplo.

### **1.2.2 A história da fisioterapia**

A fisioterapia é uma profissão considerada nova. Surgiu na modernidade, mas teve seus fundamentos datados na antigüidade, época em que os recursos físicos

---

<sup>i</sup> Leonardo Boff expõe que “A carícia constitui uma das expressões máximas do cuidado (...) a carícia qualifica a pessoa em sua totalidade, na psique, no pensamento, na vontade, na interioridade, nas relações que estabelece”. Ao contrário, a carícia como excitação psicológica não envolve o todo da pessoa, é um bem querer fugaz e sem história.22:120

naturais, como o sol, fonte de luz e calor, a eletricidade do peixe elétrico e a água, por meio dos banhos de imersão, já eram indicados para o cuidado humano, assim como as técnicas de massagens e os exercícios individuais.

A massagem e os exercícios físicos têm seus usos referidos por vários povos antigos, e a sua utilização data do ano 3.000 a.C. na China e na Índia.<sup>24</sup> Na China, exercícios respiratórios e exercícios para evitar obstrução dos órgãos datam do ano de 2.698 a.C.;<sup>25</sup> o Cong Fou, há mais de mil anos a.C., já era ensinado para aliviar dores e sintomas. Na Índia, o exercício e a massagem eram indicados para o tratamento do reumatismo crônico e têm seus registros em livro do ano 800 a.C.<sup>26,27</sup> Na Grécia Antiga, no século IV a.C., já se dava importância à técnica respiratória. Hipócrates (460-370 a.C.) conhecia as relações entre os movimentos e os músculos e pregava o valor do exercício físico no fortalecimento dos músculos enfraquecidos; defendia o uso da massagem e do exercício físico e ainda utilizou uma mesa de tração para correção da cifose, a qual, conforme se deduz, deu origem à mecanoterapia atual. Nos templos de Esculápio, a hélio e a hidroterapia eram utilizadas sistematicamente.<sup>26</sup>

Hipócrates, Asclepiades e Galeno foram os precursores das técnicas cinesioterapêuticas usadas ainda hoje na fisioterapia, e considera-se que a corrente fundamental da prática médica ocidental e do exercício terapêutico é de origem grega. Na antiga Roma, Galeno (130-199 d.C.) classificou os exercícios de acordo com a força, o tempo de duração, a frequência e o uso de cargas, relacionando-os com a parte do corpo envolvida; descreveu os exercícios diagonais com halteres e adotou agentes naturais e físicos como meios de tratamento.<sup>25,27</sup>

Com o advento do cristianismo, a valorização espiritual provocou a interrupção dos estudos e da atuação na área da saúde, e, por quase mil anos, não houve na Europa prática de exercícios. Após a queda do Império Romano, a medicina, grega e romana, foi mantida viva pelos árabes.<sup>26,27</sup> No século XV, reaparece a educação física na educação de jovens nobres em Mântua e, no século XVII, vários médicos defendem o exercício como fator importante na manutenção da saúde. A correspondência entre movimento e repouso dos exercícios estudada por Tissot (1750-1826) tornou-se a base fundamental da fisioterapia.<sup>26</sup>

No período da Revolução Industrial, a medicina é subdividida, e surgem as especializações; as preocupações com a saúde concentram-se na descoberta de novos métodos de tratamento das doenças e de suas seqüelas. A transformação

social que ocorreu nesse período gerou novas concepções de uso do corpo e das formas de cuidar dele. A busca pela saúde, então, passou a ser caracterizada como um processo eminentemente curativo.

Entre os cuidados com o corpo, a massagem e o exercício físico foram aqueles que mais receberam atenção científica. Na Alemanha, a massagem e a ginástica médica, durante muito tempo, ficaram relegadas à aplicação popular, e somente no final do século XIX a massagem foi adotada como procedimento terapêutico.<sup>24</sup>

No início do século XIX, os ortopedistas eram resistentes à terapia pelo movimento corporal e proibiam o ensino dos exercícios. Em 1864, a sociedade médica já recomendava o tratamento de doentes por meio de exercícios, apontando a distinção entre estes e a ginástica para pessoas saudáveis. Foi nessa época que iniciou o trabalho da fisioterapia como profissão, ainda restrito ao indivíduo lesado.<sup>20</sup> Como área de atuação na reabilitação de problemas físicos, a fisioterapia, a partir deste século, diferencia-se da educação física, mas inicia subordinada à medicina e voltada para a atenção curativa do indivíduo.

### **1.2.3 Século XX: marco do desenvolvimento e do reconhecimento da fisioterapia**

Com a evolução do conhecimento científico, as práticas intuitivas e empíricas foram aperfeiçoadas e transformadas e constituiu-se a ciência e a arte da fisioterapia. No início do século XX, os tratamentos utilizados por meio dos exercícios físicos e dos recursos hídricos, cinesiológicos e eletroterapêuticos formavam as bases dessa nova área de estudo e desse novo ramo de trabalho que vem a ser a fisioterapia.<sup>28,29,30</sup> Nesse século, os exercícios e as maneiras de atuar que caracterizam a fisioterapia foram desenvolvidos com a preocupação voltada para o tratamento das pessoas, uma vez que as guerras e suas conseqüências mutilantes criaram a necessidade de tratamentos reabilitadores.<sup>20</sup>

Eugênio Sanches<sup>28</sup> assinala que os métodos fisioterapêuticos são resultantes de estudos realizados conjuntamente por médicos e fisioterapeutas, em vários países da Europa, com a criação de diversos métodos cinesioterapêuticos para o tratamento específico de distúrbios motores e/ou de enfermidades. Dessa forma, a fisioterapia acompanhou o rápido desenvolvimento das especializações médicas, ocorridas na primeira metade do século XX, com a preconização de exercícios direcionados para partes do corpo ou para determinadas patologias. Esses métodos

foram as bases precursoras da cientificidade da fisioterapia atual e evoluíram de propostas terapêuticas segmentárias, direcionadas para o tratamento de partes do corpo ou de patologias específicas, para propostas que abrangem o corpo todo.

Ainda no século XX, a evolução da ciência e da tecnologia e o aumento das doenças crônicas trouxeram como conseqüências a formação de equipes de saúde subordinadas aos médicos. Nesse contexto, a fisioterapia surgiu e se firmou como campo de atuação na área da saúde. Os profissionais que nela atuam passaram a lutar pela autonomia dessa profissão, pelo respeito e pelo reconhecimento político e social dessa nova classe.

A primeira entidade de classe da categoria profissional dos fisioterapeutas foi organizada em 1921 pelas fisioterapeutas estadunidenses. Somente na década de 1930 é que os homens puderam participar dessa associação. Mais tarde, no ano de 1951, fundou-se, em Londres, a *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*, que contou com a adesão de treze países. No Brasil, em 1954, os médicos que atuavam na reabilitação criaram a Sociedade Brasileira de Fisioterapia, e, em 1959, essa associação passou a se chamar Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Neste mesmo ano, os fisioterapeutas criaram a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), filiando-se três anos mais tarde à WCPT.<sup>28,29,30</sup>

#### **1.2.4 O surgimento e o desenvolvimento da profissão no Brasil**

Na transição entre os séculos XIX e XX, a fisioterapia brasileira surgiu como tratamento coadjuvante da terapêutica médica, com a utilização de recursos hídricos e eletroterapêuticos.<sup>29</sup> Na década de 1930, as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo já possuíam serviços de fisioterapia, mas que haviam sido idealizados por médicos. Esses serviços, os quais se preocupavam com a recuperação física dos pacientes, foram iniciados em 1884 no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro; em 1919, ocorreu a criação de um serviço de eletricidade médica, hoje na Universidade de São Paulo (USP). Com a participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, a fisioterapia teve seu desenvolvimento acelerado para atender à demanda de reabilitação; os serviços de fisioterapia dessas cidades foram modernizados, e outros foram criados em algumas capitais.<sup>29,30</sup>

Como curso da área da saúde, a fisioterapia teve sua inserção apenas na década de 1950, com a criação de cursos técnicos em fisioterapia, que tinham duração de um ano e cujos alunos eram preparados para atuar em reabilitação. O

primeiro deles, localizado na USP, iniciou as atividades em 1951; o outro, na cidade do Rio de Janeiro, foi promovido pela Associação Beneficente Brasileira de Reabilitação (ABBR), em 1956.<sup>29,30</sup>

A reabilitação era um conceito novo e diferenciava-se da assistência clínica, na qual os profissionais tinham a função de auxiliar dos médicos, como executores de prescrições clínicas do uso do calor, dos banhos, dos recursos eletroterapêuticos e dos exercícios utilizados para a recuperação dos pacientes. Nos anos sessenta, a ABF reuniu esforços para estruturar a profissão, tanto na busca de uma formação mais adequada aos interesses da categoria, quanto para conseguir o reconhecimento do estado.<sup>29</sup> O resultado desse empenho culminou na definição do currículo mínimo para a formação de fisioterapeutas em nível superior, concedido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio do Parecer 388/63, que foi homologado pela Portaria 511/64.

Em 1964, a atuação dos técnicos em fisioterapia foi ampliada para a função de fisioterapeuta, como profissionais de curso superior. Suas atividades ainda se limitavam à execução das técnicas de massagens e de exercícios e à aplicação de aparelhos, sob prescrição médica. Não possuíam competência necessária para o diagnóstico, tampouco o conhecimento sobre o funcionamento normal e patológico do corpo humano, ou sobre os mecanismos de lesão e conduta terapêutica.<sup>29,30</sup> Nesse período, novas escolas de fisioterapia foram criadas e, até o final da década de 1960, a fisioterapia contava com seis cursos de graduação.<sup>29</sup> O reconhecimento da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu apenas no final dos anos sessenta; o Código de Ética desses profissionais foi criado em 1978.

Essa conquista foi importantíssima para o desenvolvimento da fisioterapia no Brasil. No entanto, faltava ainda, para completar a infra-estrutura profissional, contemplar a área do ensino. Somente em 1983 o MEC aprovou o novo currículo mínimo para o curso, com 3.240 horas, o que modificou de três para quatro anos a duração do curso (Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983).<sup>21,28</sup> Esses avanços ocasionaram inúmeras retaliações profissionais, políticas e judiciais contra a profissão de fisioterapeuta, uma vez que os médicos se sentiram ameaçados pela evolução repentina dessa nova categoria profissional. O crescimento da profissão aumentou as diferenças entre os fisioterapeutas e os médicos ligados à reabilitação, e acarretou um conflito profissional de grande magnitude. Como consequência, nos

anos setenta, a associação Médica Brasileira reconheceu a fisioterapia como especialidade médica.<sup>30</sup>

Contudo, às conquistas do Decreto-Lei, faltavam ainda formas para regulamentar e colocar em prática os direitos adquiridos pelos fisioterapeutas. Em 17 de dezembro de 1975, a profissão foi regulamentada pela Lei 6.316, que criou também os Conselhos Federal e Regionais, mas somente após dois anos é que foram nomeados os integrantes do primeiro colegiado do COFFITO.<sup>29</sup>

Na década de setenta, a fisioterapia teve o ambiente hospitalar e o ambulatorial como importantes áreas de atuação. Nesses ambientes o objetivo principal era atender pacientes crônicos, para promover a reabilitação motora decorrente de lesões neurológicas e musculoesqueléticas.<sup>20</sup> No final dos anos setenta, as ações curativistas da fisioterapia, associadas aos novos recursos biotecnológicos, principalmente na área respiratória, foram o foco de atenção da fisioterapia, em que o Centro de Terapia Intensiva (CTI) tornou-se um marco de referência. Já na área musculoesquelética, a eletroterapia propiciou o suporte por meio de aparelhos para estimulação e recuperação muscular.

Posteriormente, no início dos anos oitenta, a saúde teve sua atenção ampliada para a busca da prevenção e promoção da integração entre as ações preventivas, curativas e reabilitadoras, consolidadas no texto da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que deu o suporte político para o desencadeamento das mudanças. Desta forma, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde passaram a ser o grande foco dos questionamentos científicos e políticos dessa área.

Na fisioterapia, a visão de globalidade do indivíduo delineou-se por meio de uma nova forma de pensar e agir em saúde, segundo a qual o indivíduo deveria ser compreendido na sua totalidade biopsicossocial. Cabe observar que Dorotea Hanser, em 1984, já apontava para a falta de visão de integralidade do indivíduo nas ações da fisioterapia, ao referir que “o enfoque mecanicista da fisioterapia coloca o paciente em primeiro lugar, na situação de objeto da ação terapêutica, e em segundo lugar o desintegra em partes funcionais desvinculadas, as quais são assim tratadas”.<sup>31:29</sup> Assinalou, ainda, que além da questão da unidade corporal, havia o problema da autonomia do paciente, salientando que este deve ser o sujeito da relação terapêutica, com participação ativa em seu tratamento, assumindo inclusive, a responsabilidade pelo mesmo. O paciente que se submete ao tratamento, sem

nenhuma participação, transfere ao terapeuta toda a carga de responsabilidade, vendo-o como um ser com mágico poder de cura.

Com a evolução da cientificidade da profissão, os recursos utilizados pela fisioterapia passaram a ser questionados. A resolutividade dos procedimentos não atendia às novas expectativas. Buscou-se, então, na terapia manual, o elemento terapêutico para atuar na totalidade funcional do indivíduo. Na atualidade, essas técnicas vêm ocupando cada vez mais espaços entre as terapêuticas empregadas.

A nova LDB 9394/96 estabeleceu as Diretrizes Gerais para a educação no Brasil e, com ela, os currículos tornaram-se mais flexíveis. Em 19 de fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia por meio da Resolução CNE/CES nº 4.<sup>32</sup> Essas diretrizes trouxeram um enfoque integrador para o ensino da profissão, visando à formação de um profissional com competências e habilidades para atuar na área da saúde.

No período de aproximadamente cinquenta anos, a fisioterapia evoluiu, no Brasil, de uma profissão da saúde que nasceu da intenção de auxiliar o médico, com atuação limitada à reabilitação motora, para uma profissão autônoma, com espaços ampliados em todas as suas áreas e com possibilidades de inserção nos diversos níveis de promoção da saúde. Aos poucos, esses profissionais abriram outras possibilidades e ganharam novos espaços, para além das áreas clínicas da saúde, incluindo-se a educação e a política, as indústrias e o ambiente de trabalho, os esportes e o lazer, entre outros. Dessa forma, passaram a construir um novo referencial profissional, muitas vezes com inovações em áreas já consagradas ou esquecidas, pautando-se pela cientificidade da atividade específica e não necessitando se apropriar do fazer de outros profissionais. Como arte que é, a profissão ressurgiu de forma criativa, inovadora e renovadora, na busca de uma atenção global de maior eficácia.

### **1.2.5 Áreas de atuação e especialidades em fisioterapia**

São consideradas áreas de atuação da fisioterapia: a) fisioterapia clínica: hospitais, clínicas, ambulatorios, consultórios e centros de reabilitação; b) saúde coletiva: programas institucionais, ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária; c) educação: docência (níveis secundário e superior), extensão,

pesquisa, supervisão (técnica e administrativa) e direção e coordenação de cursos; d) outras: indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico e esportivo.<sup>21</sup>

Com a evolução e o desenvolvimento das áreas de atuação da fisioterapia, a partir de 1998 o COFFITO passou a reconhecer as seguintes áreas como especialidades:<sup>21,33</sup>

- Fisioterapia Respiratória: em substituição à nomenclatura Fisioterapia Pneumo-Funcional, estabelecida na Resolução nº 188, de 09 de dezembro de 1998, alterada na Resolução nº 318, de 30 de agosto de 2006 (D.O.U. nº 33, Seção I, de 15 de fevereiro de 2007);

- Fisioterapia Neuro-Funcional: Resolução COFFITO nº 189, de 09 de dezembro de 1998;

- Acupuntura: Resolução nº 219, de 14 de dezembro de 2000 (D.O.U. nº 248 de 27 de dezembro de 2000, Seção I, pág. 70);

- Fisioterapia Traumato-Ortopédica Funcional: Resolução nº 260, de 11 de fevereiro de 2004 (D.O.U. nº 32, de 16 de fevereiro de 2004, Seção I, pág. 66/67);

- Osteopatia e Quiropraxia: Resolução nº 220, de 23 de maio de 2001 (D.O.U. nº 108, de 05 de junho de 2001, Seção I, pág. 46);

- Fisioterapia Esportiva: Resolução nº 337, de 08 de novembro de 2007 (D.O.U. nº 21, Seção I, de 30 de janeiro de 2008, pág. 184).

Cada uma dessas áreas apresentava novos desafios a serem enfrentados na prática cotidiana. Assim como novos modelos de ensino foram necessários, abordagens inovadoras para o enfrentamento das demandas geradas pela evolução assistencial da fisioterapia também se fizeram imprescindíveis. Isso significa que conteúdos transversais, de ordem clínica e assistencial, passaram a ser utilizados para ampliar ações relacionadas à prática no campo da fisioterapia.

### 1.3 Ética e Moral

*Ética* e *Moral* são palavras que, na sua origem filosófica e mesmo na linguagem comum, foram consideradas como sinônimos. O termo *ethos*, de etimologia grega, em sua significação mais arcaica, designava o “lugar próprio do

homem”, ou seja, aquilo que é específico do homem. Esse *ethos* (pronunciado com “e” longo), que para os gregos significava “morada”, designava o lugar em que vivemos, não algo físico, como casa, teto, mas algo existencial, que representa a relação entre o meio físico e as pessoas. Mas há também o *ethos* (com “e” curto) que se refere aos costumes, tradições, hábitos, usos e maneiras de fazer as coisas e de se relacionar com as pessoas; é o modo de ser, o caráter das pessoas. Mais tarde, os latinos designaram essas características pelo vocábulo *mores* (*mos, mores, morales*), de onde se origina a palavra *moral*, que durante longos séculos traduziu o termo *ethos* nas suas duas acepções.<sup>23,34,35,36</sup>

Entre os séculos VII e VI a.C, houve uma profunda transformação no mundo grego, ocasionada pela passagem do *logos* mítico ao *logos* epistêmico. Nessa época a ética constituiu-se como um saber autônomo, transformando-se na ciência do *ethos*, desenvolvida pelos pensadores gregos Sócrates, Platão, Aristóteles, como um conhecimento normativo para orientar as ações humanas.<sup>35,36</sup>

O processo de discussão e reflexão, sobre o *ethos* continuou a existir entre os filósofos até os dias de hoje. É recente a distinção que os estudiosos fazem desses conhecimentos. Como parte da filosofia, ética é uma construção racional de um determinado saber.<sup>34</sup> A moral, por sua vez, é conceituada como formas concretas pelas quais o *ethos* se historiciza. As morais são distintas por causa das culturas e dos diferentes momentos históricos.<sup>23</sup> Na atualidade impõe-se essa distinção entre “ética” e “moral”, que são consideradas, respectivamente, como a ciência dos fundamentos ou dos princípios da ação e o conjunto de normas que regulamentam a ação humana.<sup>36</sup>

Ao respeitar normas e regras, as pessoas estão desenvolvendo ações características da moral, que são comportamentos adquiridos ou o modo de agir aprendido através do convívio social. Portanto, a moral resulta de juízos de valor impostos pela obediência, com exclusão da autonomia do indivíduo.<sup>37,38</sup>

A ética, por sua vez, está longe de ser um conjunto de normas e prescrições, ela constitui a teoria ou a ciência do comportamento moral dos homens na sociedade. Como parte da filosofia, a ética é um saber normativo que busca orientar as ações das pessoas.<sup>34,37,38,39</sup> A moral também é um saber que orienta a ação, mas ela propõe ação concreta em casos concretos, enquanto a ética promove a reflexão sobre as diferentes morais e as diferentes formas de justificar racionalmente a vida moral, de modo que a sua maneira de orientar a ação é indireta.<sup>34,39</sup>

A questão ética nos convida a refletir sobre os fundamentos das certezas, a assumir posicionamentos responsáveis frente a outras certezas, a interrogar-nos sobre os riscos e os benefícios das decisões e a buscar maior segurança para orientar as ações a serem desenvolvidas. Mesmo quando essas certezas parecem inquestionáveis, deve-se parar, escutar e refletir.<sup>40</sup> Um dos grandes desafios do homem, na contemporaneidade, é o de abraçar a ética como instrumento para o diálogo que aponte para um futuro responsável e que garanta a dignidade da sua própria espécie.

#### **1.4 Bioética**

A partir das diferenças conceituais entre moral – entendida como o conjunto de normas e determinações adquiridas pelo comportamento humano, ou seja, o modo de ser aprendido na convivência social – e ética – entendida como ciência do comportamento moral dos homens na sociedade –, a bioética vem a ser a apuração dessas teorias, em relação à prática e aos atos que intervêm na vida humana. Assim, a bioética entra na história como um capítulo da ética, estabelecendo uma ponte entre a grande tradição histórica da ética e os desafios levantados pela biotecnologia e biomedicina.<sup>41</sup> Ela trata de pensar eticamente os novos problemas humanos à luz das teorias éticas de hoje, com o apoio na experiência da ética histórica.

Ao atribuir um sentido ecológico ao termo “bioética”, que designaria uma ciência da sobrevivência, Van Potter lhe atribui uma visão ampla, preocupada com as distintas formas de ameaça à vida. Já André Hellegers considerou o termo como uma ética aplicada, direcionada aos dilemas éticos causados pelos avanços tecnológicos na medicina. Dessa forma, a bioética, no conceito de Potter, é reconhecida como macrobioética, visando à preservação da espécie humana no planeta. Já na concepção de Hellegers, é reconhecida como microbioética e está direcionada às ações assistenciais, profissionais e institucionais na área da saúde.<sup>4,38</sup>

No período de consolidação da bioética, pensadores e pesquisadores foram reelaborando e construindo conceitos, na tentativa de explicar a abrangência da disciplina. A concepção clássica é a proposta apresentada há exatamente 30 anos,

na *Encyclopedia of Bioethics*, organizada por Warren Thomas Reich. Essa definição<sup>ii</sup> recebeu críticas por limitar a bioética à aplicação de princípios éticos normativos. Em resposta, o conceito foi ampliado na segunda edição da Enciclopédia, em 1995, do mesmo autor, em vista da necessidade de explicar a sua abrangência: “bioética é o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisões, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias em um contexto interdisciplinar”.<sup>42</sup>

Vale conferir outras construções sobre o que seria bioética. Para Marco Segre, ela é “a parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde)”. O autor considera, ainda, que “a bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida).<sup>38:23</sup> Fernando Lolas a vê como “uma tentativa de alcançar procedimentos seculares consensuais para formular, analisar e, quem sabe, atenuar os dilemas que a pesquisa médica e biológica moderna suscita”.<sup>1:10</sup>

Vários são os modelos de reflexão e análise aplicados em bioética, mas o modelo apresentado pela Teoria dos Quatro Princípios – ou teoria principialista, como ficou conhecida – é o mais divulgado. Esse modelo tem suas raízes na história da filosofia ou na tradição da ética médica, tendo larga aplicação na prática clínica.<sup>36</sup> Na seqüência, apresenta-se o histórico, o conceito e os princípios dessa teoria, bem como algumas críticas a ela direcionadas.

## 1.5 Teoria Principialista

A teoria principialista foi desenvolvida nos Estados Unidos a partir de um documento elaborado para identificar princípios éticos básicos que norteassem a experimentação em seres humanos, nas ciências comportamentais e na biomedicina. A reflexão ética principialista originou-se da mobilização pública decorrente dos abusos em pesquisas, denunciados pela mídia nos anos setenta. Esse movimento teve como consequência uma ação governamental que instituiu, via Congresso, a *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and*

---

<sup>ii</sup> “Bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz dos valores e dos princípios morais” (**Encyclopedia of Bioethics**, vol. I. New York: Macmillan, 1978, Introdução. XIX)<sup>6:20</sup>

*Behavioral Research* (Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental), em 1974, para definir uma proposta mediadora para os conflitos morais provenientes desse cenário.<sup>2,3,4</sup>

Os trabalhos dessa comissão foram divulgados após quatro anos, com a publicação, em 1978, do Relatório Belmont (*Belmont Report*), o que ocasionou forte impacto na comunidade científica. No relatório foram propostos três princípios, considerados fundamentais para nortear a prática de pesquisas envolvendo seres humanos: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça.<sup>6</sup> A proposta da Comissão foi a de que esse seria um método complementar, por acreditarem que esses três princípios éticos globais deveriam fundamentar a formulação, as críticas e a interpretação de algumas regras específicas. Justificaram que outros princípios seriam importantes, mas estes eram fundamentais. Além disso, a sua adoção deveu-se ao fato de estarem enraizados nas tradições morais da civilização ocidental, fundamentando muitos códigos e normas para as pesquisas com seres humanos.<sup>17</sup> O Relatório Belmont tornou-se referência incontestável para as pesquisas com seres humanos, inaugurando um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas subjacentes à prática científica.<sup>41</sup>

A partir desses princípios, Tom Beauchamp e James Childress publicaram, em 1979, a obra intitulada *Princípios de Ética Biomédica*, acrescentando àqueles três, mais um: o da não-maleficência, distinguindo-o do princípio da beneficência. Enquanto o Relatório Belmont buscava nortear as pesquisas com seres humanos, os quatro princípios foram direcionados para a área clínico-assistencial, evitando o antigo enfoque ético característicos dos códigos e juramentos profissionais.<sup>35,38,41</sup> A obra de Beauchamp e Childress transformou-se na principal fundamentação teórica da ética biomédica, que passou a ser considerada uma ética aplicada, capaz de fornecer as ferramentas para análise e resolução dos dilemas provenientes da prática biomédica<sup>iii</sup>. Esses princípios éticos básicos, de ordem normativa e prática, forneceram aos estudiosos da ética algo que sua própria tradição acadêmico-disciplinar não lhes havia fornecido: um esquema claro para uma ética normativa

---

<sup>iii</sup> **Esses autores entendem a ética biomédica como uma ética aplicada, no sentido de que o específico dela é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médica assistencial.**<sup>35</sup>

que tinha de ser prática e produtiva. São de uma linguagem clara, simples e direta, favorecendo o seu entendimento pelos profissionais da saúde.<sup>33</sup>

O fortalecimento do paradigma principialista se deve à necessidade humana de segurança moral e de certezas em um mundo de incertezas, o que fez dessa teoria uma referência segura para muitos estudos e reflexões práticas. A ética aplicada se propõe a responder de modo rápido, urgente e eficaz aos problemas éticos atuais, estando em sua base de reflexão os dados tecnocientíficos, os resultados que eles garantem produzir e a livre escolha dos interlocutores do debate.<sup>28</sup> Maria Neves considera que, em grande parte, o que é a bioética nestes poucos anos de existência é principalmente o resultado do trabalho de bioeticistas na perspectiva principialista.<sup>36</sup>

Cabe lembrar que os princípios estão fundamentados em diferentes teorias filosóficas. A autonomia, no principialismo, está apoiada em Kant. A beneficência vem das reflexões gregas sobre o bem como princípio da metafísica de Platão e da ética de Aristóteles. Já a justiça tem sua origem filosófica na ética e na política desde Aristóteles até John Rawls, na modernidade.<sup>41</sup>

### **1.5.1 O princípio da autonomia**

Este princípio é adotado em todas as teorias éticas e é considerado o mais importante. Na sua origem grega, a palavra autonomia significava autogoverno; com o tempo esse termo abrangeu os indivíduos, agregando diversos sentidos referentes ao governar-se a si próprio. A autolegislação ética do ser humano consiste em dar a si mesmo a lei moral. “A autonomia constitui a pessoa humana como independente”.<sup>41:180</sup>

As teorias de autonomia desenvolvidas nos discursos teológico, político, social, psicológico e ético produziram multiplicidade de significados, mas todas elas consideram duas condições essenciais: a liberdade, caracterizada pela independência de influências controladoras; e a qualidade de agente, caracterizada pela capacidade de agir intencionalmente. O entendimento sobre autonomia compreende os direitos individuais, a liberdade de eleição, a privacidade e a independência de interferências externas.<sup>1,5,43,45</sup>

A autonomia, como princípio da teoria principialista, parte do entendimento de que a liberdade e a capacidade de agir das pessoas são condições essenciais para o processo de tomada de decisão no cuidado em saúde. A decisão autônoma dos indivíduos deve ser assegurada pelos profissionais por meio de informações

esclarecedoras e do estímulo à voluntariedade do paciente. O acesso a informações e o estabelecimento do diálogo em um contexto democrático tem como objetivo capacitar o paciente para adotar posição ativa, visando a superar seu senso de dependência e obter maior controle possível sobre o procedimento a que deseja se submeter.<sup>1,2</sup>

A rejeição de ações médicas paternalistas promoveu a adoção do princípio da autonomia, por meio do reconhecimento de que os indivíduos são capazes de decidir sobre seu próprio bem e que, portanto, devem ser consultados para se obter o seu consentimento. A autonomia deve ser compreendida como o dever absoluto de respeitar a livre determinação das pessoas, contrapondo-se ao paternalismo sedimentado no campo da atenção em saúde. A autonomia está investida de grande legitimidade moral, pois, para serem autônomas, as pessoas devem possuir capacidade de compreensão, de raciocínio, de deliberação e de escolha independente.

Tom Beauchamp e James Childress assinalam que a autonomia das pessoas pode estar limitada por diferentes fatores, como a presença de doenças, a ignorância, a coerção ou outras restrições às suas opções pessoais.<sup>1</sup> No campo da saúde, a autoridade do profissional se sobrepõe à dos pacientes, em razão da condição de dependência destes aos cuidados requeridos. Esses autores afirmam que “respeitar um agente autônomo é no mínimo reconhecer o direito dessa pessoa de ter as suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais”.<sup>1:142</sup> Esse princípio tem expressão na obtenção do consentimento informado (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no Brasil), que assegura os direitos do paciente e protege sua autonomia.<sup>41</sup> Respeitar o outro inclui o esforço para encorajá-lo e capacitá-lo para emitir sua opinião no que se refere aos seus próprios interesses.

O princípio da autonomia aponta para o fato de que o ser humano é sujeito e protagonista de suas relações e de seus atos. As ações devem ser autônomas e fruto de decisões tomadas em um contexto de liberdade.<sup>6,41</sup> No entanto, a autonomia dos pacientes é freqüentemente suplantada pelo paternalismo profissional, e as suas necessidades são definidas pelos profissionais da saúde, com conseqüente limitação dos direitos do paciente e de sua autodeterminação.<sup>11</sup>

A comunicação entre os profissionais e os pacientes deveria, *a priori*, proporcionar informações adequadas à capacidade de compreensão dos sujeitos. Além disso, a situação enfrentada no contexto de saúde em que o paciente se

encontra, necessita ser avaliada e incluída nas informações fornecidas. Essa concepção contribuiria para evitar o desconhecimento que leva os pacientes a realizarem escolhas por meio da intimidação.

### **1.5.2 O princípio da beneficência**

Tom Beauchamp e James Childress apontam a distinção entre beneficência e benevolência para explicar o princípio da beneficência. Beneficência é considerada, em um sentido amplo, como todas as formas de ação para beneficiar outras pessoas; envolve atos de compaixão, bondade e caridade. Já a benevolência é o caráter ou a virtude disponibilizada em ações que beneficiem os outros. Por sua vez, o princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, ou seja, de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes. Assim, as ações que envolvem a beneficência são de caráter opcional, e as do princípio da beneficência são obrigatórias.<sup>2</sup>

Os autores ainda separam o princípio da beneficência em dois subprincípios: o de prover benefícios, o qual é denominado beneficência positiva; e o de ponderar entre os benefícios e os danos, denominado utilidade.<sup>2</sup> Pode-se considerar que este princípio abrange o da não-maleficência, mas alguns autores preferem separá-los. De qualquer modo, ambos, beneficência e não-maleficência, vêm orientando a prática em saúde, desde a antigüidade, na busca de fazer o bem.<sup>7</sup>

Na tradição médica ocidental, o papel social do médico foi caracterizado pela obrigação da beneficência. Nas profissões da área da saúde, busca-se o bem de quem sofre, seja quem for, em qualquer circunstância.<sup>7,8</sup> As ações que visam ao bem das pessoas são orientadas por normas éticas a serem cumpridas pelos profissionais da saúde.<sup>1,34</sup> O princípio da beneficência regula as instâncias éticas das profissões de saúde e estrutura a deontologia profissional.<sup>9</sup>

### **1.5.3 O princípio da não-maleficência**

O princípio da não-maleficência preconiza que devemos impedir o mal ou o dano aos outros e também removê-los, além de fazer ou promover o bem. Inclui ainda o dever de não causar danos atuais, riscos e agravos futuros.<sup>34</sup> A importância desse princípio vem desde Hipócrates, fazendo parte do juramento médico, anunciando de forma negativa que a medicina só existe para o bem e é inconcebível seu uso para infligir o mal, sofrimento ou morte.<sup>41</sup>

A prevenção de danos e a eliminação de condições prejudiciais implicam ações que se traduzem no fazer o bem, que nada mais é do que um ato beneficente.<sup>36</sup> Na prática em saúde, esse princípio preconiza os direitos do paciente, mas de uma forma contrária à idéia de favorecimento. De um lado, são os pacientes que reivindicam os benefícios, e, de outro, o seu provimento é dever do corpo clínico.<sup>30</sup>

Na história da medicina, o paternalismo médico, orientado pelo princípio da não-maleficência, impôs-se como forma de fazer o bem ao paciente, mas limitava-se apenas à concepção do profissional acerca do bem e desconsiderava a capacidade de decisão das pessoas enfermas.<sup>34</sup> Nesse sentido, a autonomia é entendida como o dever absoluto de respeitar a livre determinação dos indivíduos, contrapondo-se ao paternalismo. Miguel Kottow acrescenta que a não-maleficência é o princípio moral ativo da autonomia, que, quando negligenciada, desconhece a autonomia do beneficiado, tomando o caráter de maleficência.<sup>45</sup>

#### **1.5.4 O princípio da justiça**

Os três princípios anteriores são referentes à dignidade da pessoa. Este diz respeito à obrigatoriedade do governo em criar condições públicas para atender à saúde da população. Esse princípio considera que os pacientes devem ser tratados com equidade, ou seja, sem diferenças. Todos devem ser tratados de igual modo e todos devem receber cuidados com competência e qualidade. Refere-se à distribuição eqüitativa dos recursos, sob responsabilidade das instituições e do orçamento público em saúde.<sup>1,2,6,28,32,41</sup>

Na prática, o princípio da justiça fundamenta-se na teoria de John Rawls, segundo a qual os iguais devem ser tratados de modo igual e os desiguais de modo desigual, ou seja, a igualdade pressupõe o atendimento às necessidades de cada um, quem precisa mais deve receber mais.<sup>1</sup> Como princípio, teve pouco impacto na teoria principialista, com certa resistência à sua integração junto aos outros três e no contexto da bioética.

#### **1.5.5 Algumas críticas ao principialismo**

Um dos argumentos contra o modelo principialista apóia-se no fato de ele confundir-se com a bioética, limitando-a a uma parte de suas possibilidades. Atualmente muitos críticos consideram que o principialismo está em fase terminal,

havendo quase um consenso de que ele não pode ser visto como um procedimento dogmático infalível na resolução de conflitos éticos.<sup>33</sup>

Para alguns, ele funciona como um ritual de normas repetidas, sob pouca reflexão e análise. Por constituírem uma lista, esses princípios não possuem substância moral profunda e não geram diretrizes de conduta moral. Ointo Pegoraro<sup>39</sup> refere que a crítica do personalismo confessional a essa teoria reporta-se à ausência de uma antropologia que lhe dê suporte bem como à aplicação dos princípios de forma burocrática e mecânica.

Apesar das críticas, ainda há autores que defendem o principialismo como guia preferencial do processo decisório na prática biomédica. Como vantagens dessa teoria, apontam-se a sua metodologia simples para resolver problemas éticos de natureza complexa, o modo claro de tratar temas difusos e confusos, a linguagem acessível a diferentes profissionais e a capacidade de dialogar com o pluralismo ético.<sup>28</sup> Além disso, tem fácil aplicação e aceitação na área da saúde e responde facilmente a grandes problemas levantados pela biotecnologia e pela estrutura social.<sup>41</sup> Dessa forma, o principialismo é considerado uma excelente base para uma bioética racional e prática.

## CAPÍTULO II

### MATERIAIS E MÉTODOS

O método é, muitas vezes, entendido como sinônimo de caminho que deverá ser seguido e que assume particularidades de acordo com a área do estudo. Roberto Richardson faz a distinção entre os conceitos de método e metodologia, em que o primeiro é definido como “o caminho ou a maneira para chegar a determinado fim ou objetivo”, e a segunda como “os procedimentos e regras utilizadas por determinado método”.<sup>18:22</sup>

Maria Cecília Minayo considera que “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”. Acrescenta ainda que o método “constitui-se no caminho e no instrumental próprios de abordagem da realidade”.<sup>46:22</sup>

Perguntar às pessoas sobre o que fazem ou fizeram e o que pensam ou pensaram é considerado por Hartmut Günther<sup>47</sup> como um dos caminhos para se compreender o comportamento humano no contexto das ciências sociais empíricas. Dessa forma, seja científico ou empírico, o método é o referencial que guiará a caminhada em busca de um novo conhecimento, independente da área em que ele se dará.

Tanto nas pesquisas em saúde quanto nas ciências sociais, há consenso entre os diferentes autores de que existe a possibilidade de se adotar certa variedade metodológica para se alcançar os objetivos propostos.<sup>18,46,48,49,50</sup> A complementaridade das abordagens representa a fundamentação segura para se alcançar os objetivos com precisão, clareza e fidedignidade.

As abordagens quantitativas e qualitativas são técnicas de pesquisas direcionadas, inicialmente, para finalidades específicas. A primeira é mais tradicional, os dados são tratados matematicamente através de análises estatísticas e de probabilidades. Já a segunda produz conhecimento a partir da realidade vivencial das pessoas, não envolve o instrumental estatístico como um procedimento de base.

Alguns autores apontam as possibilidades e limitações metodológicas que envolvem as abordagens de qualidade e quantidade ao lembrar que nenhum dos métodos consegue abranger as questões em sua totalidade.<sup>18,46,48,49,50</sup> Essas abordagens são complementares para certos tipos de pesquisas, e torna-se necessária a realização de adequações aos estudos propostos.

Do ponto de vista metodológico, não há contradição entre investigação quantitativa e qualitativa, pois sua natureza é diferenciada. A investigação quantitativa atua nos níveis de realidade em que os dados se apresentam aos sentidos, são variáveis mensuráveis; já a investigação qualitativa trabalha com valores, hábitos, atitudes, opiniões<sup>46,49,52</sup>, são variáveis observáveis. Maria Cecília Minayo refere que no desenvolvimento da proposta, ou mesmo no desenrolar das etapas de pesquisa, “vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho”.<sup>46:28</sup>

Para Pedro Demo, a “quantidade é parte constituinte de qualquer qualidade e vice-versa”.<sup>51:92</sup> Aponta ainda que a qualidade provém de bases quantitativas. Considera que as realidades contêm ambas as dimensões, com balanços diferenciados, formando um todo com faces dialéticas contrárias. Tanto o método quantitativo quanto o qualitativo são considerados relativos, limitados às suas especificidades, sendo insuficiente o uso exclusivo de um ou outro para abarcar toda a realidade observada. Para Maria Cecília Minayo,<sup>46</sup> a abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo, ao aproximar sujeito e objeto.

Pedro Demo especifica que:

a qualidade implica essência, perfectibilidade, intensidade (participação) e politicidade e que os fenômenos qualitativos caracterizam-se por marcas como profundidade, plenitude e realização, contrapondo-se à mera extensão, rotina, repetição, superficialidade e trivialidade. A qualidade aponta para o melhor, não para o maior.<sup>49:147</sup>

Essas características da abordagem qualitativa descritas pelos autores são extremamente importantes para acompanhar e aprofundar alguns problemas delimitados por estudos quantitativos e apontam para perspectivas e variáveis a serem posteriormente utilizadas em levantamentos estatísticos. Da mesma forma, os dados resultantes da compreensão que têm do mundo pessoas ou grupos sociais específicos, que se tornam conhecidos por meio de abordagem qualitativa, podem requerer sua transformação em variáveis quantificáveis para posterior análise.

## 2.1 Recursos metodológicos utilizados

Diante do exposto, o caminho eleito para se alcançarem os objetivos propostos, neste estudo, foram o da pesquisa bibliográfica e o da investigação de campo, por meio de abordagens quantitativa e qualitativa.

### 2.1.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica é, antes de tudo, um suporte imprescindível para qualquer tipo de pesquisa. Denomina-se revisão de literatura ou levantamento bibliográfico e tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições literárias e fornecer elementos para a elaboração da estrutura conceitual do estudo proposto. O termo “pesquisa bibliográfica” refere-se ao estudo sistematizado realizado a partir de textos encontrados em livros, periódicos, documentos mimeografados ou xerocados, manuscritos, mapas ou fotos. Neles se procuram referências bibliográficas sobre o tema de estudo.<sup>50</sup> O material deve ser selecionado e organizado para se estabelecer um plano de leitura, análise e interpretação.

A revisão de literatura que fundamenta este estudo foi realizada por meio de leitura, fichamento e análise de textos de livros, artigos, dissertações e legislações que abordam a ética e a bioética, a fisioterapia e sua história, bem como a relação entre elas. Foram observados a frequência, a regularidade, os tipos de apresentação e a abrangência temática nos textos que relacionaram ética, bioética e fisioterapia.

A procura desses temas foi realizada por meio de busca bibliográfica realizada junto aos seguintes bancos de dados eletrônicos: MedLine, SciELO, ProQuest e LILACS. Devido à escassez de artigos encontrados, ampliou-se a pesquisa no Googlecientífico, em sites de fisioterapia, como os do sistema COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) e CREFITOs (Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), no Levantamento de Estudos Bioéticos no Brasil<sup>53</sup> e também no site de Terapia Manual. As palavras utilizadas para busca foram as associações entre ética e fisioterapia, bioética e fisioterapia, moral e fisioterapia, *Bioethics and Physical Therapy* e *Ethics and Physical Therapy*, procurando-as nos títulos dos textos. O processo de busca perdurou de maio de 2006 a setembro de 2007.

### 2.1.2 Pesquisa de campo

As pesquisas de campo são realizadas tanto para verificar quanto para compreender as crenças, os comportamentos e as atitudes das pessoas e dos grupos. Entre as técnicas utilizadas para a realização desse tipo de pesquisa tem-se a de levantamento de dados, a qual é considerada por Paul Cozby como:

Uma *fotografia* dos comportamentos das pessoas em determinado momento, sendo aquelas que empregam questionários e entrevistas com o objetivo de solicitar informações às pessoas sobre si mesmas, partindo do pressuposto de que elas estão dispostas e são capazes de dizer a verdade e de dar respostas acuradas.<sup>54:143-144</sup>

De acordo com Hartmut Günther,<sup>47</sup> o levantamento de dados pode ser realizado por amostragem, pois assegura melhor representatividade e permite generalização para uma população mais ampla. O questionário é um instrumento utilizado no levantamento de dados quantitativos por amostragem, e a entrevista é uma das formas de se levantarem dados qualitativos que pode ser realizada de modo individual ou em grupos.

Um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa para a coleta dos dados foi um questionário semi-estruturado, que será descrito posteriormente. As variáveis mensuradas foram aquelas relacionadas ao perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas, suas concepções sobre ética e bioética e modo como exercem a sua autonomia profissional.

Para George Gaskel,<sup>55</sup> as entrevistas individuais têm a facilidade de recrutar os participantes e fornecer detalhes ricos de experiências pessoais, decisões e seqüências de ações. Já as entrevistas em grupos resultam em mais do que a soma das partes, pois estas se tornam entidades particulares; contudo, os participantes assumem riscos maiores e mostram uma polarização de atitudes, além de levar em consideração os pontos de vista dos outros ao elaborarem suas respostas.

Ainda que as entrevistas individuais possibilitem maior agilização, optou-se por trabalhar com pesquisas em grupo, pois elas fornecem riqueza de detalhes e favorecem a interação entre as pessoas. Para atender melhor às peculiaridades que envolviam os participantes deste estudo, decidiu-se pela realização de entrevistas em duplas. No entanto, não foi possível encontrar na literatura referências que fundamentassem a realização desse tipo de entrevista e, por isso, houve necessidade de adequá-las ao contexto da pesquisa.

Para a justificação dessa escolha, partiu-se da definição de dupla encontrada nos dicionários, como “grupo de duas pessoas que atuam em comum”. Buscaram-se estudos que realizaram entrevistas com duas pessoas e, os que foram encontrados, não mencionam a metodologia referente a esse número de entrevistados. Apresentam-se, no Quadro 1, a relação desses textos, seus autores e sua origem acadêmica e um recorte da referência à entrevista em duplas. Pôde-se constatar que esse tipo de entrevista é utilizado na prática de campo, principalmente nas ciências humanas, mais especificamente nas áreas da educação e da psicologia.

Exemplos de algumas entrevistas em duplas	
Estudo	<b>Compreendendo a doença renal crônica</b>
Autores	Medeiros MN; Mendes GA; Capparelli ABF. (Universidade Federal de Uberlândia. Área: Ciências Humanas: Psicologia).
Sinopse	<i>“as entrevistas foram realizadas no momento em que os pacientes estavam realizando hemodiálise, em duplas, (...) Após cada entrevista a dupla releu as anotações e fez as devidas complementações”<sup>56</sup></i>
Estudo	<b>Jogos de gênero: o recreio numa escola de ensino fundamental</b>
Autores	Cruz TM (UNISUL); Carvalho MP (Faculdade de Educação da USP).
Sinopse	<i>“Crianças de 3ª e 4ª séries foram observadas em sala de aula e no recreio. As entrevistas, realizadas com algumas crianças que participaram do estudo, foram em duplas. “As duplas foram organizadas em função da pertinência ao mesmo sexo e da amizade e confiança mútuas expressas pelas próprias crianças”<sup>57:120</sup></i>
Estudo	<b>Aprendendo com imagens</b>
Autores	Martins I (UFRJ, Núcleo Tecnológico. Educação para a Saúde); Gouvêa G (UNIRIO); Piccinini C (UFRJ, Faculdade de Educação).
Sinopse	<i>“durante entrevistas, com duplas de estudantes do 3º e 4º ano do ciclo fundamental, tivemos oportunidade de verificar várias estratégias de leituras das imagens realizadas por esses estudantes”<sup>58:39</sup></i>
Estudo	<b>A sexualidade e a dupla moral em casais hetero-sexuais soro positivos para HIV/AIDS: um enfoque sobre a corporalidade.</b>
Autores	Moura A; Azeredo S (Universidade Federal de Minas Gerais – Psicologia Social).
Sinopse	<i>“foram entrevistados cinco casais heterossexuais em que três eram soroconvergentes ( ...) Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada casal e dois grupos focais, um com os homens outros com as mulheres”<sup>59</sup></i>
Estudo	<b>Evolução dos significados atribuídos à simetria e reflexão por aprendizes sem acuidade visual.</b>
Autores	Fernandes SH; Healy L (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Programa de Pós-graduação em Educação Matemática.)
Sinopse	<i>“realizou-se uma série de entrevistas com base em pesquisas anteriores sobre noção de reflexão com sujeitos com acuidade visual dentro dos padrões normais... Essas entrevistas foram realizadas, em sessões, com dois sujeitos: um portador de cegueira congênita e outro portador de cegueira adquirida”<sup>60:4</sup></i>
Estudo	<b>Analisando aspectos de leitura e imagens em livros didáticos de ciências por estudantes do ensino fundamental do Brasil</b>
Autores	Martins I (UFRJ : Programa de pós-graduação Tecnológica); Gouvêa G (Educação em Ciências da Saúde UNIRIO)
Sinopse	<i>“As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, focalizadas em atividades que envolveram leitura de um conjunto de imagens diversificadas. Na última etapa mostrava-se uma imagem para apenas um dos entrevistados e pedia-se que a descrevesse para o seu colega”<sup>61:1</sup></i>

**Quadro 1: Estudos realizados com entrevistas em duplas de participantes**

Para maior segurança na escolha metodológica deste estudo, procedeu-se à realização de estudo piloto, avaliando-se as três possibilidades: a entrevista individual, a entrevista em dupla e a entrevista em grupo de três pessoas. Utilizou-se um único roteiro de entrevista, nas três modalidades propostas; dessa forma, além de se verificar a viabilidade das entrevistas em duplas, também se realizou a validação do roteiro proposto. No Quadro 2, apresentam-se os resultados comparativos dos fatores positivos e negativos observados nas três entrevistas.

Na análise do conteúdo dessas entrevistas não foram observadas diferenças significativas que apontassem maior relevância de uma sobre as outras. Ao se comparar os aspectos positivos e negativos apontados nas três situações, pode-se afirmar com segurança que a entrevista em dupla não compromete os resultados do estudo. Todas as entrevistas tiveram duração de cerca de 50 minutos. Constatou-se ainda, que as pessoas demonstraram satisfação em participarem.

Entrevistas	Fatores positivos	Fatores negativos
- Individuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facilidade para agendar a entrevista</li> <li>• disponibilidade de horários</li> <li>• facilidade para se combinar o local da entrevista, que pode ser no próprio trabalho; assim não há necessidade de deslocamentos</li> <li>• menor número de pessoas envolvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inibição com a gravação</li> <li>• monólogo, discurso travado para organizar idéias</li> <li>• perdem-se conteúdos</li> <li>• não há debate</li> <li>• não se acrescentam fatos novos ao participante</li> </ul>
- Em dupla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pouca dificuldade para agendar os horários da entrevista</li> <li>• diálogo estimulado entre os participantes, um fala o outro complementa</li> <li>• a entrevistadora mais a dupla formam um triângulo; isso facilita o controle da observação</li> <li>• as respostas de um motivam o outro</li> <li>• enquanto um está falando, o outro está refletindo</li> <li>• acréscimo de conhecimento entre os participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de referência metodológica</li> <li>• o local da entrevista pode favorecer um participante</li> <li>• possibilidade de haver problemas de relacionamento entre as partes</li> <li>• risco de um participante não comparecer</li> </ul>
- Em grupo de três participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maior número de participantes X menor número de entrevistas</li> <li>• as respostas de um são motivação para a intervenção do(s) outro(s)</li> <li>• enquanto um está falando, os outros estão refletindo</li> <li>• acréscimo de conhecimento entre os participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maior dificuldade para conciliar horários entre os participantes</li> <li>• dois participam mais das discussões, um fica na espera</li> <li>• dois falando acabam por inibir o terceiro</li> <li>• o local da entrevista pode ser mais favorável para um deles</li> <li>• risco de um participante não comparecer</li> <li>• certa dificuldade para observar as manifestações físicas do grupo</li> <li>• possibilidade de haver problemas de relacionamento entre as partes</li> </ul>

**Quadro 2: Considerações metodológicas acerca das entrevistas realizadas com os fisioterapeutas sobre ética e bioética no estudo piloto**

## **2.2 Delineamento do estudo**

Esta pesquisa, em parte descritiva com abordagem quantitativa, ao explorar a formação e as concepções dos profissionais entrevistados, e abordagem qualitativa, ao pesquisar comportamentos e atitudes referentes às relações terapeuta–paciente e interprofissionais. Os dados foram descritos, em parte, de forma que fosse possível realizar um diagnóstico do perfil dos fisioterapeutas. Por outro lado, buscou-se compreender as concepções dos fisioterapeutas no que se refere às questões éticas e bioéticas relacionadas ao exercício da profissão.

Elegeu-se a teoria principialista da bioética – que utiliza quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – como centro temático para subsidiar a compreensão das questões éticas e bioéticas. Esse referencial permitiu compreender as questões éticas subjacentes à relação terapeuta–paciente que faz parte do cotidiano dos fisioterapeutas.

Acredita-se que a complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa da pesquisa foi um fator de importância fundamental para permitir que se alcançassem os objetivos inicialmente propostos. Neste estudo, as questões éticas que envolvem a práxis da fisioterapia foram conhecidas por meio da realização de uma pesquisa de campo, do tipo exploratório, precedida de uma pesquisa bibliográfica.

## **2.3 Etapas da pesquisa**

As etapas de uma pesquisa são aquelas pelas quais ela passa em seu desenvolvimento de forma evolutiva e articulada. Este estudo compreendeu três etapas, as quais serão descritas a seguir.

### **2.3.1 Etapa I: Fundamentação teórica**

A trajetória percorrida buscou realizar, além do levantamento da história da fisioterapia, a fundamentação teórica para a compreensão das questões interdisciplinares e pluralistas que envolvem a ética e a bioética. Esses levantamentos constituíram o eixo central do referencial teórico desta pesquisa e fundamentaram a elaboração dos instrumentos, bem como a sua aplicabilidade. O

aprofundamento dessa temática, ao longo deste estudo, subsidiou a concretização das etapas subseqüentes.

Investigaram-se, também, as publicações sobre ética e bioética relacionadas à fisioterapia. Os artigos encontrados permitiram identificar como essas questões vêm sendo tratadas no campo da fisioterapia. Os resultados desse levantamento são apresentados no Capítulo 3.

### **2.3.2 Etapa II: Perfil do fisioterapeuta**

Levantou-se o perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas que atuavam na cidade de Santa Maria (RS), no que diz respeito à idade e ao sexo, à formação, ao campo de atuação profissional e às relações de trabalho. Verificou-se, também, a origem e o nível dos conhecimentos sobre ética e bioética e como esses profissionais exercem a sua autonomia frente às demandas assistenciais. A importância desse conhecimento está na compreensão de que a ausência de autonomia profissional se reflete diretamente na relação que se estabelece entre terapeutas e pacientes. Os resultados dessa parte da investigação estão apresentados no Capítulo 4.

### **2.3.3 Etapa III: A teoria principialista e a práxis da fisioterapia**

Para identificar as questões que se referem à teoria principialista de bioética na práxis da relação terapeuta–paciente, foram utilizados relatos de fisioterapeutas, por meio dos quais foi possível verificar como os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça estão presentes no cotidiano desses profissionais.

As questões que envolvem os princípios da beneficência e da não-maleficência e as ações correspondentes, revelados na práxis desses fisioterapeutas, são apresentados no Capítulo 5. Já o princípio da autonomia, no que se refere ao exercício autônomo da profissão, às relações interprofissionais e às mediações da relação terapeuta–paciente, juntamente com a compreensão sobre os dilemas éticos mais freqüentes enfrentados pelos profissionais, estão evidenciados no Capítulo 6.

Cabe destacar que o princípio da justiça ficou restrito à poucos aspectos entre as discussões nesses capítulos, por não apresentar nos discursos desses profissionais uma relevância significativa. Com os relatos, pôde-se colher dados que

refletiam o cotidiano da práxis dos fisioterapeutas, no que tange às relações, mediações e contradições no exercício da profissão.

## **2.4 Instrumentos de pesquisa**

Apresentam-se, a seguir, os instrumentos utilizados para o levantamento dos dados: o questionário e o roteiro para as entrevistas.

### **2.4.1 O questionário**

O questionário, denominado *Instrumento para identificação do perfil do fisioterapeuta no que se refere à formação e atuação*, foi constituído por questões fechadas e abertas e subdividido em três partes: **A**, **B** e **C**. Na parte **A**, intitulada *Identificação do fisioterapeuta*, buscou-se caracterizar os participantes por meio das seguintes variáveis: idade e sexo, formação do profissional e instituição formadora, ano de graduação, realização de cursos de pós-graduação (áreas e níveis), título de especialista pelo COFFITO, participação em sociedades e associações de fisioterapia, exercício de outra profissão, experiência profissional no que diz respeito a tipo e vínculo de trabalho, número de empregos e faixa salarial, áreas de atuação profissional, clientela predominante e proporcionalidade dos tipos de atendimento. A parte **B**, denominada *Questões sobre ética e bioética*, teve como objetivo obter informações sobre a origem do conhecimento dos participantes sobre ética e bioética, qual a qualidade desse conhecimento e qual era a sua formação em bioética. A parte **C**, intitulada *Autonomia profissional*, foi composta por questões referentes às situações que identificavam o exercício da autonomia dos fisioterapeutas em relação aos outros profissionais da saúde e na relação terapeuta-paciente, bem como questões relativas aos aspectos éticos deontológicos. O modelo deste instrumento de pesquisa encontra-se no Anexo 1.

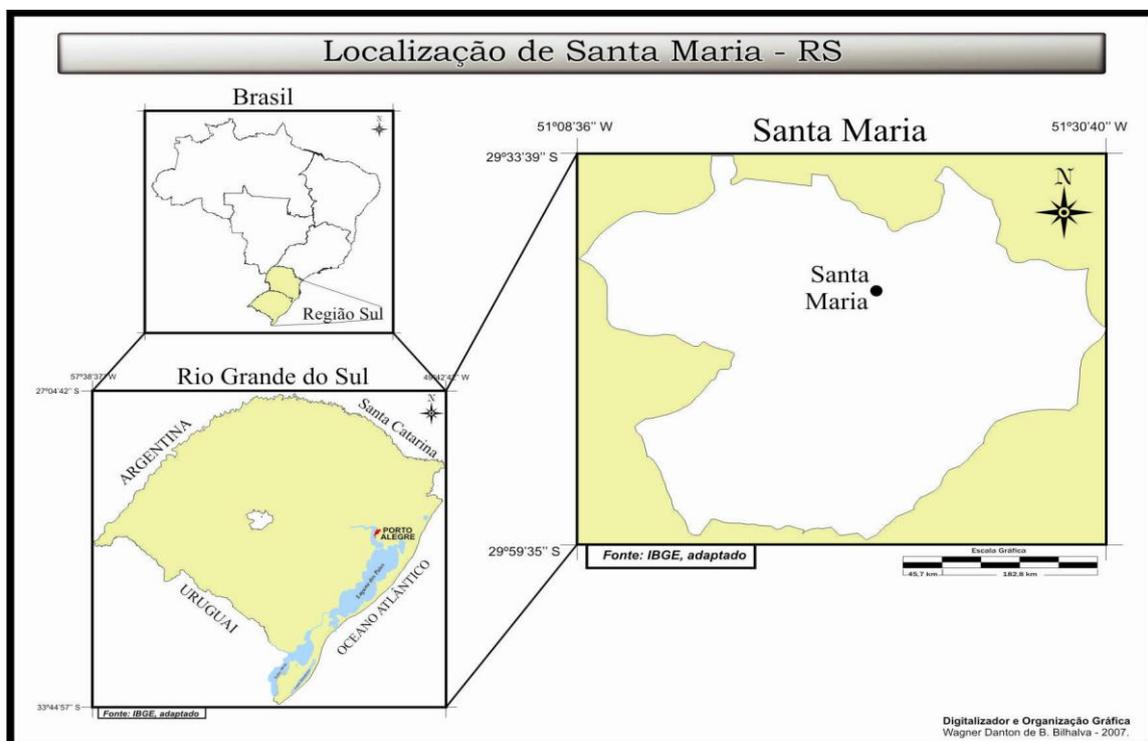
### **2.4.2 As entrevistas**

Para a realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro semi-estruturado, que permitiu o direcionamento da investigação (Anexo 2). Inicialmente apresentou-se um texto com recortes conceituais sobre bioética para uma leitura prévia. O roteiro norteador para as entrevistas compreendeu os seguintes temas: a existência da

relação entre a bioética e a fisioterapia; o respeito à autonomia nas relações terapeuta–paciente e interprofissionais; a responsabilidade pela cura; a forma como verificam se o tratamento faz bem ao paciente; como determinam os procedimentos terapêuticos para o tratamento do paciente; a existência de priorização de determinados procedimentos técnicos em detrimento de outros; e os conflitos éticos vivenciados na profissão. Procurou-se, durante as entrevistas, identificar os princípios éticos que balizam o cotidiano desses profissionais, suas relações, mediações e contradições, no que diz respeito à teoria principialista.

## 2.5 O local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Maria (RS), que possui aproximadamente 270 mil habitantes, está localizada na região central do Rio Grande do Sul e se destaca economicamente no setor terciário pelo comércio e pela prestação de serviços nas áreas da saúde e da educação. Na Figura 1 apresenta-se o mapa com a localização geográfica da cidade.



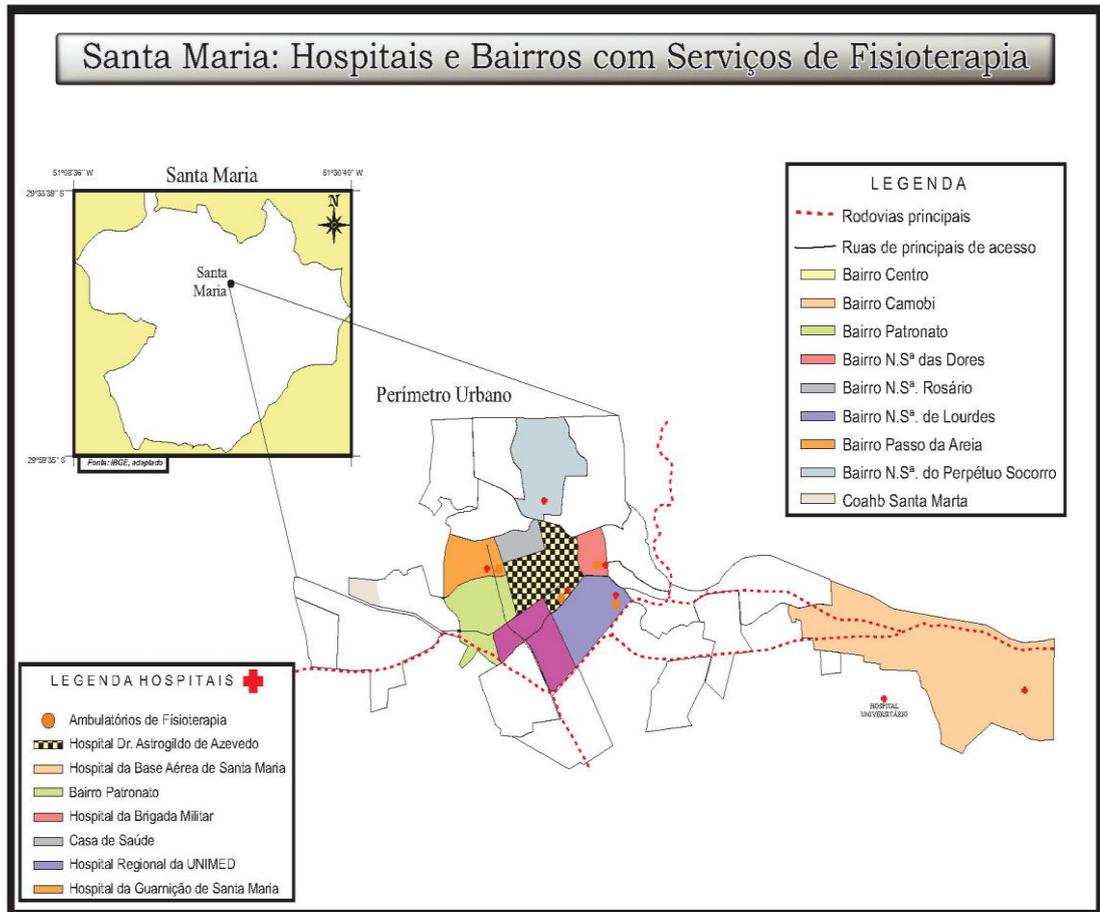
**Figura 1: Localização geográfica da Cidade de Santa Maria –RS.**

A cidade comporta três cursos de Fisioterapia, um deles está sediado em uma instituição pública, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este foi o primeiro curso da região sul do país e iniciou suas atividades de formação no final dos anos setenta. Outros dois estão em instituições privadas: um deles no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), com início mais recente, em 2001; e o outro na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), com início em 2007. Conta-se ainda com mais quatro cursos de Fisioterapia, localizados em cidades vizinhas, situadas a aproximadamente 150 km de Santa Maria.

Santa Maria é considerada uma referência na região central do Estado e atrai um contingente populacional que vem em busca de melhores recursos de atenção à saúde, maiores ofertas no comércio, além de oportunidades de estudo e emprego. No Rio Grande do Sul, o município é reconhecido como cidade cultura e também universitária.

A cidade, como pólo regional de saúde, abriga vários hospitais. Destacam-se entre eles o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que é o de maior porte e complexidade, com atendimentos predominantemente pelo SUS, seguido pelo Hospital de Caridade, de caráter mais filantrópico-privado. Há, ainda, os Hospitais Militares federais do Exército (Hospital da Guarnição de Santa Maria – HGU) e da Base Aérea, o estadual da Brigada Militar, a Casa de Saúde e o Hospital Regional da UNIMED. Há, também, uma grande variedade de serviços de saúde, públicos e privados, tais como ambulatórios e consultórios, entre os quais se encontram diversos serviços de fisioterapia. Além de permear todo esse complexo assistencial institucionalizado, a fisioterapia abrange também a assistência domiciliar, embora o número desses atendimentos seja desconhecido. Na Figura 2, apresenta-se a distribuição dos hospitais e dos ambulatórios de fisioterapia na cidade, e também, os bairros com serviços de fisioterapia. Observa-se a concentração desses serviços na região central da cidade.

A cidade também conta com entidades de classe, como a Associação dos Fisioterapeutas de Santa Maria (AFISM), que congrega associados de Santa Maria e região, e a sede regional do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-RS – 5ª região (CREFITO-5) em fase de instalação.



**Figura 2: Localização dos hospitais e ambulatórios de fisioterapia e os bairros que possuem serviços de fisioterapia**

## 2.6 Participantes da pesquisa

Participaram do estudo profissionais fisioterapeutas que estavam em exercício da atividade assistencial e/ou do ensino no campo da fisioterapia, na cidade de Santa Maria (RS). Para a identificação desses profissionais, tomou-se como referência a relação dos fisioterapeutas e das empresas de fisioterapia com registros na cidade, fornecidas pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 5ª Região (CREFITO-5), em primeiro de novembro de 2006. A listagem dos fisioterapeutas apresentou 276 profissionais, com seus respectivos registros profissionais e logradouros. Na lista dos estabelecimentos de fisioterapia, relacionaram-se trinta e uma empresas (hospitais e clínicas) e quarenta e quatro consultórios de fisioterapia, com os respectivos nomes, números de registro e endereços.

### **2.6.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão no estudo, foram considerados os fisioterapeutas que estivessem em atuação na assistência e/ou na docência da fisioterapia, que exercessem atividades em Santa Maria, independente de terem ou não seu registro profissional na cidade, e que aceitassem participar da pesquisa.

Foram excluídos deste estudo os fisioterapeutas que estavam listados na relação do CREFITO-5, mas que não realizavam atividades profissionais referentes à assistência e/ou docência em fisioterapia na cidade.

### **2.6.2 População e amostra**

A população deste estudo incluía, inicialmente, os 276 fisioterapeutas constantes na relação fornecida pelo CREFITO-5. Buscou-se contato com esses profissionais nos endereços dos serviços de atendimento de fisioterapia (hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios) e nos cursos de fisioterapia. Dessa tentativa, resultou uma população de 259 fisioterapeutas.

Foram excluídos da população deste estudo 44 indivíduos, por não residirem mais na cidade, não atuarem mais no campo da fisioterapia assistencial, ou por trabalharem em outra cidade, ainda que residindo em Santa Maria. Foram incluídos nessa população 27 fisioterapeutas que possuíam seu registro profissional em outra cidade, mas que exerciam a profissão em Santa Maria, os quais foram encontrados nas visitas aos locais de serviço ou referenciados por colegas. A amostra resultou em 167 participantes, uma vez que não participaram do estudo 92 deles: três destes por estarem em licença-maternidade, 35 por não devolverem o instrumento de pesquisa, e 54 por não se ter conseguido estabelecer contato.

Após o estudo do perfil sociodemográfico e profissional desses fisioterapeutas, selecionaram-se os participantes que compuseram a amostra para as entrevistas, de acordo com os subgrupos identificados, procurando-se manter equivalência entre as principais áreas de atuação da fisioterapia (neuromuscular, musculoesquelética e cardiorrespiratória) e entre os locais de trabalho. Buscou-se, também, contemplar na amostra a equivalência entre os níveis de atuação em internação, ambulatórios, consultórios, clínicas, domicílios e docência. Dessa forma, a escolha dos participantes foi intencional, procurando-se compor as duplas para as

entrevistas entre aqueles com o mesmo perfil profissional e, de preferência, entre os que trabalhavam no mesmo local.

### **2.6.3 Tipo de amostragem e cálculo estatístico**

Neste estudo, a parte da pesquisa sobre o levantamento do perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas, de abordagem quantitativa, caracterizou-se por uma amostra probabilística, considerando-se a população de 260 indivíduos, em que o cálculo estatístico indicou uma amostra de 156 participantes para um erro de 5%.

Para a amostragem qualitativa, a pesquisa caracterizou-se por uma amostra não-probabilística por quotas, de forma intencional, a qual é definida por Paul Cozby como aquela em que:

o pesquisador escolhe uma amostra que reflete a composição numérica de vários subgrupos na população. (...) reflete a composição numérica da população toda de interesse, mas os respondentes dentro de cada subgrupo são selecionados de maneira acidental.<sup>54:152</sup>

Para se ter a garantia de que a amostra refletiria uma composição numérica de cada subgrupo, cuidado adicional foi dirigido à proporcionalidade em relação à população do estudo.

O levantamento dos dados, na abordagem qualitativa, foi realizado por meio de entrevistas com os fisioterapeutas, os quais foram procurados em seus locais de trabalho, após a seleção intencional dos participantes, de acordo com a categorização dos subgrupos. As categorias determinadas para esses subgrupos foram as de local de trabalho, áreas de atuação e formação acadêmica. Na primeira, encontraram-se o hospital, a clínica, o consultório, o ambulatório, o domicílio e a sala de aula; na segunda, as áreas mais representativas foram a musculoesquelética, a respiratória e a neurológica; e na última, a graduação e a pós-graduação.

## **2.7 Aspectos éticos**

O registro do projeto, sua avaliação institucional, a confidencialidade, o processo de apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

e o retorno dos resultados do estudo aos participantes, foram os aspectos éticos envolvidos neste estudo, os quais são apresentados a seguir.

### **2.7.1 Registros e avaliação do projeto**

As questões éticas da pesquisa foram observadas respeitando-se as diretrizes preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelas normativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).<sup>62</sup>

O projeto foi registrado e encaminhado ao Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (GAP-CCS) da UFSM para sua avaliação metodológica, registrado no SISNEP e encaminhado ao CEP-UFSM para sua apreciação ética. Após se obter a aprovação do CEP, em 21 de novembro de 2006, foi iniciada a coleta dos dados. Cópia da carta de aprovação do projeto pelo CEP-UFSM encontra-se no Anexo 3.

### **2.7.2 Confidencialidade**

Os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora, mantendo-se o sigilo sobre a identidade dos participantes, e não serão utilizados para outros fins que não aqueles propostos para este estudo. Serão, além disso, inutilizados após o término das análises propostas e de suas publicações.

### **2.7.3 O processo de obtenção do TCLE**

Para divulgação do estudo e esclarecimentos aos participantes, fez-se, em um primeiro contato com os fisioterapeutas, uma exposição da proposta, apresentando a justificativa, os objetivos e os procedimentos da pesquisa e de suas implicações éticas – riscos, benefícios, retirada do consentimento, entre outros. Para os profissionais que concordaram em participar do estudo, foram entregues o TCLE relativo à etapa de identificação do perfil dos fisioterapeutas (Anexo 4), juntamente com o questionário que deveria ser respondido. O TCLE foi entregue em duas vias, para leitura e assinatura, sendo que uma das vias ficou de posse do participante e a outra retornou à pesquisadora.

No momento da realização das entrevistas, adotou-se o mesmo procedimento, esclarecendo-se os objetivos e a metodologia dessa nova etapa do estudo. Apresentou-se o TCLE, em duas vias, sendo que uma delas foi devolvida à

pesquisadora antes de se iniciar a entrevista. Esse segundo termo de consentimento encontra-se no Anexo 5.

#### **2.7.4 Retorno dos resultados aos participantes**

Os sujeitos das pesquisas receberam retorno acerca de parte dos resultados deste estudo, o que foi efetuado por meio de palestra divulgada diretamente em seus locais de trabalho ou por correspondência. Também se publicou um breve resumo sobre os dados demográficos desses profissionais no Boletim da AFISM, em junho de 2007. Ao final deste estudo, pretende-se realizar outra divulgação, sobre os dados das entrevistas, em evento a ser agendado junto à AFISM e ao CREFITO-5.

Os resultados finais também serão encaminhados ao GAP-CCS e ao CEP-UFSM, como relatório de pesquisa. Os participantes estão cientes de que podem procurar esta pesquisadora, a qualquer momento, para ter acesso aos resultados publicados.

### **2.8 Validação dos instrumentos de pesquisa**

Para validar o questionário, foi realizado estudo piloto que consistiu no envio do instrumento a dez fisioterapeutas que não atuavam na cidade, ou que não estavam no momento exercendo a profissão, ou, ainda, que não atuavam na assistência em fisioterapia. Paralelamente, esse questionário foi enviado a mais seis profissionais renomados nas áreas da fisioterapia, da educação e da filosofia, com comprovada experiência em pesquisa e/ou em bioética, para apreciação e emissão de parecer.

O instrumento foi entregue aos avaliadores, pessoalmente pela pesquisadora ou enviado por e-mail, juntamente com uma carta explicativa sobre o estudo e o papel que esses consultores exerceriam nessa etapa da pesquisa (Anexo 6). Foi solicitada a colaboração de cada uma dessas pessoas para responderem e opinarem sobre o instrumento, fornecendo-lhes a garantia de que os dados serviriam apenas para a análise do mesmo. Salientou-se que, em nenhuma hipótese, esses dados seriam utilizados para qualquer outro objetivo que não aqueles explicitados e que eles seriam destruídos após o término do estudo.

Para esse processo, selecionaram-se fisioterapeutas de diferentes cidades e com atuações distintas no campo da fisioterapia, entre os quais dois foram da cidade de Porto Alegre, dois de outros estados, seis de cidades vizinhas da região de Santa Maria, e dois dessa cidade. Cinco desses fisioterapeutas não retornaram o instrumento.

Entre os fisioterapeutas que colaboraram com a validação, um não atuava mais na profissão, três eram profissionais assistenciais e três eram docentes em fisioterapia. O período do processo de validação iniciou-se em 20 de julho de 2006, com a entrega dos instrumentos, e encerrou-se em 12 de setembro do mesmo ano, com o recebimento do último instrumento.

As considerações e sugestões, escritas e verbalizadas, efetuadas pelos fisioterapeutas e avaliadores, foram catalogadas e agrupadas e serviram para a reelaboração do instrumento, o que resultou em um novo modelo, mais objetivo e de melhor compreensão. Encaminhou-se ao CEP-UFSM essa nova versão do questionário, como alteração do projeto, obtendo-se o retorno de sua aprovação em 27 de novembro de 2006.

Quanto às entrevistas, o roteiro proposto foi submetido à apreciação de uma colega fisioterapeuta experiente, e também a um teste piloto em três situações de entrevista – individual, em dupla e em grupo de três participantes. As sugestões da colega e as constatações a partir do teste serviram para a reorganização estrutural do roteiro e para acrescentar um texto introdutório sobre a conceituação da bioética. O texto objetivou proporcionar um contato prévio dos participantes com o tema da entrevista, procurando, assim, descontraí-los, além de inseri-los na discussão. O roteiro utilizado encontra-se no Anexo 7.

## **2.9 A coleta dos dados**

Os dados deste estudo foram coletados por meio de questionário e entrevista de campo e serão descritos a seguir.

### **2.9.1 Coleta de dados por meio do questionário**

A coleta dos dados para o levantamento do perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS) foi realizada no período

compreendido entre o final do mês de novembro de 2006 e o início de mês de fevereiro de 2007, totalizando doze semanas.

Para a aplicação do questionário, foi efetuado contato inicial com os fisioterapeutas lotados nas instituições de ensino de fisioterapia; depois, com os fisioterapeutas que trabalhavam nos cinco hospitais que possuíam serviços de fisioterapia. Deve-se salientar, contudo, que os hospitais da Base Aérea de Santa Maria e a Casa de Saúde não possuíam fisioterapeutas em seu quadro clínico, sendo excluídos do estudo. Na continuidade da coleta dos dados, foram realizadas visitas a todas as clínicas e consultórios de fisioterapia da cidade; por último, procuraram-se aqueles fisioterapeutas que não foram localizados nos estabelecimentos de fisioterapia. Durante as visitas realizadas, foi possível localizar outros fisioterapeutas e também se obter informações sobre aqueles que não estavam mais na cidade.

O contato inicial, nos hospitais, ambulatórios e cursos, foi realizado por meio de visita à chefia imediata, para posterior encontro com os profissionais. Nas clínicas e nos consultórios, o contato foi efetuado por telefone, confirmando-se o número e o nome dos profissionais daqueles estabelecimentos, para posterior realização da visita. Os outros profissionais foram contatados pelo telefone pessoal, ficando acordada a sua participação.

Os questionários foram entregues aos fisioterapeutas pela pesquisadora em seus locais de trabalho ou foram enviados ao endereço indicado após contato telefônico. Inicialmente, delimitou-se o período de oito dias para devolução e recolhimento do instrumento, mas houve uma margem de tolerância, pois ficou evidente a necessidade de um prazo maior, já que o período de coleta coincidiu com as festas de fim de ano e as férias escolares.

Os instrumentos recebidos foram numerados por ordem de retorno, repetindo-se o mesmo número no TCLE, antes que os dois documentos fossem separados. À parte, fez-se um cadastro dos fisioterapeutas e das empresas, para o controle daqueles que receberam o instrumento, dos que devolveram e, também, daqueles que, seguramente, não residiam mais na cidade ou não atuavam mais na profissão, ou, ainda, daqueles que foram acrescentados à lista.

### **2.9.2 Coleta de dados por meio das entrevistas**

Para as entrevistas, partiu-se da amostra obtida pelo retorno dos questionários, definindo-se, a partir daí, quais seriam os entrevistados, que foram selecionados por quotas de forma intencional. Dadas as possibilidades dos fisioterapeutas para participarem das entrevistas, estes foram procurados em seus locais de trabalho ou por telefone, individualmente. Expôs-se aos sujeitos a continuidade do estudo (pois já tinham o conhecimento prévio de que poderiam participar das entrevistas desde o momento em que responderam o questionário) e solicitou-se que indicassem um colega de trabalho para compor a dupla, de acordo com as suas disponibilidades de horários. Em alguns casos, convidaram-se, para compor uma dupla, pessoas com o mesmo perfil profissional. Diante do aceite dos indivíduos contatados, agendaram-se as entrevistas em locais que melhor convinham para os participantes.

Dupla	FOR	DOC	INT	DOM	CLIN	CONS	AMB	REP	COR
I	Esp Me	-	-	-	X X	-	-	-	-
II	G G	-	X X	X X	X -	X	-	-	-
III	Dr Dr	X X	X -	-	-	-	X X	- X	- X
IV	G G	-	-	X X	X X	-	-	-	-
V	G G	-	-	- X	-	-	X X	-	-
VI	G G	-	-	X	X X	-	X -	X X	-
VII	Esp Me	X X	X X	X	-	X	X X	-	-
VIII	Me Me	X X	X -	-	-	-	X X	-	-
IX	G G	-	-	X X	-	-	-	X	-
X	Me G	X -	X -	-	X X	-	-	-	X
XI	G G	-	X X	-	-	X X	X	-	-
XII	Dr Me	X X	-	-	-	-	X X	-	-
XIII	G G	-	-	-	-	-	X X	-	-
N		9	10	9	9	4	14	4	3

### Quadro 3 – Categorização das duplas de fisioterapeutas entrevistados

LEGENDA: FOR – formação [G – graduação; Esp – especialização; Me – mestre; Dr – doutor]; DOC – docente; INT – internação; DOM – domiciliar; CLI – clínica; COM – consultório; AMB –ambulatorio; REP – representante da categoria profissional; COR – coordenação de curso de fisioterapia. X – Referência principal; X – Referência secundária/course não concluído.

Elegeram-se como categorias para essa seleção a formação e a capacitação acadêmica (FOR), considerando-se os níveis de graduados, especialistas, mestres e doutores; o envolvimento com a docência (DOC); o envolvimento com a administração do Curso (COORD); o envolvimento com a representação em entidades de classe (REP); e os locais de atuação profissional: internação (INT), domiciliar (DOM), clínica (CLIN), consultório (CON) e ambulatório (AMB). Essa categorização dos entrevistados é apresentada no Quadro 3.

A realização das entrevistas foi precedida por explicação prévia dos seus objetivos e procedimentos (gravação, transcrição e descarte), apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido pela leitura de recortes de textos conceituais sobre a bioética. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado, o qual foi disponibilizado aos entrevistados para acompanhamento das perguntas, permitindo o direcionamento da investigação. Foi garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações, de acordo com as exigências éticas.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privado, com a presença de dois fisioterapeutas e da entrevistadora. Sua duração foi, em média, de cinquenta minutos. No total foram entrevistadas 13 duplas, com a participação de 26 fisioterapeutas. Destes, 09 eram docentes, 02 eram coordenadores de curso, 09 atendiam a domicílio, 09 atendiam em clínicas, 04 realizavam atividades em consultórios, 14 atendiam em ambulatórios e 04 estavam envolvidos com representação em entidades de classe.

Foi utilizado ainda o recurso de gravação das entrevistas, além da realização de anotações pela pesquisadora no diário de campo com o intuito de preservar a fidedignidade das verbalizações. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas, pela própria pesquisadora, constituindo-se no *corpus* deste estudo.

## **2.10 A análise dos dados**

Apresenta-se a seguir a forma de análise dos dados coletados por meio do questionário e das entrevistas.

### **2.10.1 A análise dos dados do perfil dos fisioterapeutas (questionário)**

Os dados resultantes do questionário foram compilados e descritos, por meio de frequência simples e alguns cruzamentos, utilizando-se para sua codificação e transcrição o banco de dados Microsoft Office Excel 2002. O seu processamento se deu pelo pacote estatístico SAS (*Statistical Analysis System*), versão 8.02.

A análise descritiva dos dados compreendeu a identificação dos fisioterapeutas quanto à faixa etária e ao sexo, ao período e à origem da formação em fisioterapia, à realização de outro curso de graduação e à pós-graduação. Analisou-se a relação entre o ano de formação, a pós-graduação e a faixa etária, bem como se verificaram a obtenção de título de especialista pelo COFFITO e a participação em sociedade e/ou associação em fisioterapia.

Na continuidade, identificou-se a experiência profissional dos fisioterapeutas, o exercício de outra atividade profissional, o vínculo empregatício, o exercício da docência, o local de trabalho, as áreas de atuação, o público atendido, os tipos de atendimentos e a faixa salarial.

Posteriormente, analisaram-se os conhecimentos sobre ética e bioética dos fisioterapeutas, no que se refere à origem desses conhecimentos, à realização de cursos de bioética, ao conhecimento sobre bioética e sobre a Resolução 196/96, à realização de pesquisas com seres humanos e à aprovação de projetos pelo CEP.

Foram consideradas algumas situações que envolvem a ética e a autonomia profissional, verificando-se a relação terapeuta–paciente, a relação e a dinâmica interprofissional, a atualização de seus conhecimentos científicos e o grau de inserção da ética e da bioética nesse contexto.

### **2.10.2 Análise do conteúdo das entrevistas**

Para a análise das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, por meio de categorização temática. De acordo com Roberto Richardson, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que dispõe de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam às diversas formas de discurso, ou seja, a toda comunicação que implica a transferência de um emissor a um receptor.<sup>18</sup> O conteúdo lingüístico está entre os campos de aplicação da análise de conteúdo, seja oral ou escrito. Na comunicação oral, podem estar envolvidas apenas uma pessoa, duas ou mais, como os grupos restritos de discussões, de entrevistas ou de conversas.

Laurence Bardin preconiza que a leitura para a análise do conteúdo é um trabalho que vai além da leitura inicial; busca obter significados de natureza psicológica, sociológica e histórica, e o processamento dos dados deve inicialmente separar os elementos para a sua classificação, definindo-se, dessa forma, os agrupamentos que evidenciarão as qualidades.<sup>63</sup> Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a mais utilizada é a análise por categorias, a qual, segundo Roberto Richardson, “baseia-se na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos”.<sup>18:243</sup> Em conteúdos diretos e simples, a categorização por temas ou análise temática é a mais utilizada.

A análise temática consiste em isolar temas do discurso e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado e, após, selecionar os principais e os secundários; o primeiro define o conteúdo da parte analisada, e o segundo especifica os aspectos diversos incluídos no primeiro, observando-se a escolha do código a ser utilizado, o qual deve ter confiabilidade.<sup>18,48</sup>

As gravações das entrevistas foram transcritas na sua totalidade, de acordo com as falas de cada participante da dupla, incluindo-se os questionamentos da entrevistadora. Para a codificação utilizou-se a letra “E” seguida de número (E1-E13). Após esse procedimento, realizou-se a análise do material (*corpus*), considerando-se as respostas de cada dupla de entrevistados como as respostas de uma entrevista. Selecionaram-se nos textos das entrevistas os temas referentes às questões propostas no roteiro: bioética e fisioterapia, relação terapeuta–paciente, intraprofissional e interprofissional, determinação e priorização dos procedimentos empregados e dilemas éticos enfrentados na profissão. Sobre o texto resultante da degravação das entrevistas, foi realizada uma leitura linear e repetida com o objetivo de se encontrar as respostas aos questionamentos efetuados. Realizaram-se recortes das frases, selecionando-se aquelas que melhor expressavam o pensamento comum dos entrevistados e, também, aquelas consideradas importantes para o estudo.

Após a codificação, os recortes foram agrupados em mapas, classificados de acordo com unidades e subunidades temáticas, e quantificados de acordo com o número de repetições que apareciam. Dessa forma, os elementos selecionados foram analisados de acordo com as categorias temáticas apresentadas (categorias semânticas). A categorização temática selecionada foi: a autonomia, a beneficência

e a não-maleficência, a justiça e os dilemas éticos enfrentados na profissão. Como subcategorias selecionaram-se: relação interprofissional, relação terapeuta-paciente, responsabilidade pela cura, avaliação do benefício do tratamento, procedimentos priorizados e empregados, e dilemas éticos.

Confrontou-se o conteúdo produzido com as categorias teóricas estabelecidas, fazendo-se os reagrupamentos classificatórios e refinamento da análise. Para a garantia da fidedignidade da análise, contou-se com a observação criteriosa de duas colegas, uma fisioterapeuta e outra das letras, experientes em análises nesse tipo de estudo qualitativo, com análise de conteúdos.

### **2.10.3 Análise final**

A última etapa desta pesquisa foi interpretar, por meio de compilação, os resultados dos dados dos questionários e das entrevistas e, juntamente com o referencial teórico construído, enfim, concluir o estudo com abordagem descritiva e reflexiva. As análises resultaram na elaboração de quatro artigos, apresentados nos capítulos seguintes, em que se procurou atender aos objetivos formulados e contribuir com a pesquisa sobre a ética e a bioética no campo da fisioterapia. Os dois primeiros artigos foram encaminhados para publicação em periódicos científicos da área. Alguns dos resultados já foram apresentados em eventos científicos, outros estão em fase de análise pelos organizadores dos eventos. Pretende-se desenvolver outros temas que emergiram deste estudo para dar continuidade às publicações.

### **2.11 Recursos financeiros**

Para a realização deste projeto, os recursos são provenientes da própria pesquisadora, do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação do CCS-UFSM e, a partir de setembro de 2006, do Programa Institucional de Capacitação de Docentes e Técnicos (PICDT), CAPES via UFSM.

## **CAPÍTULO III**

### **BIOÉTICA E PESQUISA NA FISIOTERAPIA: Aproximação e Vínculos**

### **BIOETHICS AND RESEARCH IN PHYSICAL THERAPY: Approximation and Bonds**

Ana Fátima Viero Badaró <sup>1</sup>

Dirce Guilhem <sup>2</sup>

Título condensado: **BIOÉTICA E FISIOTERAPIA**  
**BIOETHICS AND PHYSICAL THERAPY**

<sup>1</sup> Doutoranda – UnB. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

---

Este artigo foi aprovado para publicação na Revista de Fisioterapia e Pesquisa da USP, no ano de 2008.

Parte dos dados desse estudo foi aprovado como tema livre (pôster) no 9<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS OF BIOETHICS (set./2008).(Anexo 8)

## RESUMO

A bioética como campo disciplinar, teve um avanço significativo, que se consolidou por meio de reflexões, teorias e publicações. A América Latina e principalmente o Brasil seguiram essa tendência mundial, com inserção expressiva de publicações provenientes da área da saúde. Este estudo tem por objetivo verificar como os temas sobre ética e bioética foram incorporados à prática e à pesquisa na área da fisioterapia. Foi feito um estudo exploratório, por meio da revisão sistemática da literatura, a qual se realizou em bases de dados eletrônicas, em *sites* de revistas de fisioterapia, na *Bibliografia Bioética Brasileira: 1990-2002* e em contato com autores, durante o período de julho de 2006 a setembro de 2007. Os critérios de inclusão dos artigos foram a data da publicação a partir do ano 2000 e a abordagem de temas relacionados às questões éticas e bioéticas na fisioterapia. Excluíram-se os títulos referentes a livros, comentários e/ou resenhas de livros, artigos em revistas não indexadas e temas com enfoque comercial ou de divulgação. Foram selecionados vinte e três artigos, dois editoriais e uma seção de revista. Observou-se que a evolução da pesquisa bioética na fisioterapia é crescente no cenário internacional, mas há carência desses estudos no âmbito nacional. Isso demonstra a necessidade premente de incluir essa temática entre as discussões dos fisioterapeutas como forma de contribuir para o fortalecimento da identidade profissional.

**Descritores:** Ética, Bioética, Fisioterapia, Revisão (Tipo de Publicação).

## ABSTRACT

Bioethics, as a discipline field, had a meaningful advancement which consolidated through reflections, theories and publications. Latin America, and mainly Brazil, followed this world trend, with an expressive inclusion of publications from health care professionals. This study aims at verifying how the themes about bioethics and ethics were incorporated into the practice and into the research in the physical therapy field. An exploratory study was used, including a systematic literature review which was carried out on electronic databases, on websites of physical therapy magazines, on *Bibliografia Bioética Brasileira: 1990-2002* and in contact with authors, between July 2006 and September 2007. The inclusion criteria of articles were being published from the year 2000 on and addressing themes related to ethics and bioethics issues in physical therapy. Books titles, comments and/or summaries of books, articles in non-indexed magazines as well as themes having a commercial or advertising focus were disregarded. Twenty-three articles, two editorials and a magazine section have been selected. It has been observed that the evolution of bioethics research in physical therapy is ever-increasing in the international scenario, but there is a lack of such studies in the national scenario. This shows the urgent need to include this theme among the physical therapists discussions as a way to contribute to the development of the professional identity.

**Keywords:** Ethics, Bioethics, Physical Therapy, Review ( Publication Type).

## INTRODUÇÃO

A bioética e a fisioterapia são conhecimentos recentes, desenvolvidos na segunda metade do século passado e se consolidaram rapidamente. Na atualidade, são áreas de conhecimento reconhecidas e consagradas nos meios clínicos, científicos e sociais. Ambas incorporam saberes multidisciplinares e interdisciplinares, em um contínuo e crescente processo de evolução das suas concepções, fundamentadas em conhecimentos da antigüidade adaptados aos contextos atuais. No entanto, é recente a inserção da reflexão bioética sobre a práxis da fisioterapia, ou seja, a apropriação da fundamentação bioética pela fisioterapia.

No decorrer do século XX, a fisioterapia teve suas práticas intuitivas e empíricas aperfeiçoadas e transformadas, em virtude do aumento da complexidade em ciência e tecnologia e das demandas em saúde. Foi reconhecida como profissão em muitos países, e grandes lutas de classe foram assumidas em prol da legitimidade dessa nova área de atuação na saúde. A fisioterapia passou de uma profissão da saúde que nasceu da intenção de auxiliar médicos, com atuação limitada à reabilitação motora, para uma profissão autônoma, com espaços ampliados em todas as áreas e com possibilidades de atuação nos diversos níveis de atenção à saúde.<sup>1,2,3</sup>

No Brasil, o seu fortalecimento científico e profissional ocorreu a partir dos anos 70<sup>3</sup>, desde então, construiu um referencial profissional no país, com inovação em áreas já consagradas ou esquecidas e tem ampliado significativamente seu campo de atuação, pautando-se na cientificidade de atividade específica, sem necessitar se apropriar do fazer de outros profissionais. Nessa mesma década, os fisioterapeutas estadunidenses alcançaram sua autonomia profissional, participaram da tomada de decisões na saúde e trouxeram para si a problemática dos dilemas e das responsabilidades éticas mais complexas no exercício da profissão.<sup>4</sup>

O marco inicial da bioética foi a obra de Van R. Potter, *Uma Ponte Para o Futuro*, de 1971, precedida por publicação de artigo em 1970. O uso do termo “bioética” para designar uma nova área de atuação também foi instituído por André Hellegers, em 1971, no *The Kennedy Institute of Ethic*.<sup>5,6</sup> A importância da proposta inovadora de Potter estava na constituição de uma ética aplicada às situações de

vida como caminho para a sobrevivência da espécie humana,<sup>5,6,7</sup> pois esse autor atribuía um sentido marcadamente ecológico ao termo “bioética”, que designaria a “ciência da sobrevivência”, enquanto para Hellegers a bioética se restringia a uma “ética das ciências da vida” particularmente em nível humano,<sup>7</sup> com foco no indivíduo – modelo que se tornou conhecido como bioética clínica.

Desse modo, a bioética desenvolveu-se rapidamente e mudou a forma de ver e manejar a realidade presente, ao envolver muitos campos de interesse para refletir a contemporaneidade. A interdisciplinaridade e a pluralidade são pressupostos fundamentais que permeiam a complexidade da sua construção e discussão, fundamentados na historicidade da ética. Vários são os modelos de reflexão e de análise aplicados na prática bioética, mas existe consenso de que o modelo principialista é o mais divulgado, por ter larga aplicação na prática clínica.<sup>5,7</sup>

Na América Latina,<sup>8</sup> o primeiro estágio da bioética se verifica entre os anos oitenta e noventa, quando o modelo estadunidense foi adotado em alguns países da América do Sul. Ainda, na década de noventa, desenvolveu-se um segundo estágio da bioética, com intensa inserção em todos os países latino-americanos e caribenhos.

O desenvolvimento da bioética no Brasil;<sup>9</sup> iniciou-se nos anos 90, agregou distintas áreas do conhecimento em torno dessa nova abordagem da ética em saúde e acumulou, nos primeiros dez anos, impressionante volume de estudos e publicações. Siqueira,<sup>9</sup> considera que, na atualidade, a bioética brasileira alcançou identidade própria e contribui significativamente para a construção do pensamento bioético universal.

Nos Estados Unidos, as implicações éticas em fisioterapia são estudadas e trabalhos são publicados há mais de três décadas, mas seus autores ainda consideram essa produção relativamente pequena.<sup>4</sup> Alguns deles, como Magistro, Guccione e Purtilo, destacam-se por privilegiar a discussão dessa temática e seu delineamento e questionam se o conhecimento ético na fisioterapia acompanhou a evolução da autonomia profissional dessa categoria.<sup>4</sup>

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar como os temas sobre ética e bioética são discutidos no campo da fisioterapia, demonstrar a importância desse tema na atualidade e comparar a evolução dessas reflexões nos cenários internacional e nacional.

### 3.1 Metodologia

Este é um estudo exploratório em que se utiliza a técnica de revisão sistemática da literatura, realizada em bases de dados eletrônicos, em *sites* de revistas de fisioterapia e na *Bibliografia Bioética Brasileira: 1990-2002*,<sup>10</sup> bem como o contato pessoal com autores, durante o período de julho de 2006 a setembro de 2007. Os critérios de inclusão dos artigos foram data da publicação a partir do ano 2000 e abordagem de temas relacionados às questões éticas e bioéticas na fisioterapia. Foram excluídos os títulos referentes a livros, comentários e/ou resenhas de livros, artigos em revistas não indexadas, temas com enfoque comercial ou de divulgação e também textos que, apesar de referirem alguma questão ética nos seus resultados, não apresentavam o tema como objeto central de reflexão.

A busca eletrônica foi efetuada nas seguintes bases de dados: *MedLine/PubMed*, *SciELO*, *ProQuest*, *SCOPUS*, *LILACS*, Biblioteca Virtual de Saúde e *Googlecientífico*. Utilizaram-se as seguintes associações de descritores, em idioma português, e seus equivalentes em inglês: ética e fisioterapia; moral e fisioterapia; bioética e fisioterapia; ética e reabilitação e bioética e reabilitação. Esses temas foram pesquisados nos títulos e/ou nos resumos dos estudos e examinados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Aproximadamente noventa por cento dos artigos selecionados foram obtidos na íntegra.

A temática relacionada à ética e à bioética e sua inserção na fisioterapia foi observada nas publicações nacionais e internacionais e descrita para promover a compreensão e verificar a abrangência dos estudos apresentados. Os artigos selecionados foram organizados, inicialmente, de acordo com o ano de publicação, o título, o(s) autor(es), a fonte e o tipo de pesquisa. Em seguida, procedeu-se à análise descritiva e à categorização de cada estudo de acordo com o tipo de pesquisa e com o tipo de abordagem ética (Quadro 1).

Os estudos foram classificados de acordo com o tipo de pesquisa nas seguintes categorias: a) Revisão Histórica, que compreende a análise retrospectiva de dados, como documentos históricos, artigos publicados, legislação, entre outros; b) Pesquisa de Campo, que envolve o levantamento de dados por meio de entrevistas e/ou questionários realizados com fisioterapeutas ou estudantes de fisioterapia; c) Reflexão Ética, em que o autor apresenta uma análise baseada em conceitos teóricos da ética filosófica e/ou deontológica; e d) Estudo de Caso, quando

se apresentaram casos para análise e considerações éticas. Os textos que não puderam ser incluídos nessas categorias foram classificados como editorial ou seção de revista.

Quanto à abordagem do estudo, utilizou-se a seguinte categorização: a) Ética Filosófica, quando havia abordagem conceitual e definição de termos referentes à ética, à moral e à deontologia, entre outros; b) Ética Profissional, ou Ética do Cuidado, quando o estudo envolvia ação profissional, como a tomada de decisão ou enfrentamento de dilemas éticos, o que exige do profissional competência, responsabilidade e comportamento ético na relação terapeuta-paciente; c) Desenvolvimento Ético, quando o estudo se reportava a uma revisão da história da ética na profissão, ao código de ética e/ou a princípios de valores morais e éticos; d) Formação e Educação, quando a discussão se referia à ética ou aos dilemas éticos, para avaliar currículos, propor modelos ou exemplificar ações educativas à transformação da formação ética dos fisioterapeutas; e, por último, e) Ética em Pesquisa, para aqueles estudos relativos aos cuidados éticos que se devem observar quando há envolvimento de pacientes em pesquisas.

Relacionaram-se, também, os temas nacionais encontrados em outras fontes de busca, como os *sites* dos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia,<sup>11</sup> o *site* de Terapia Manual,<sup>12</sup> capítulos de livros e também anais de eventos científicos de fisioterapia e bioética, com o intuito de demonstrar como essa reflexão, mesmo muito tímida, vem se inserindo no discurso da fisioterapia em âmbito nacional (Quadro 2). Esses temas foram caracterizados de acordo com o tipo de apresentação em: painel, ensaio, pôster, comunicação coordenada, palestra, capítulo de livro e conferência.

### **3.2 Resultados**

A partir do ano 2000 foram identificados 35 textos que correlacionam ética e/ou bioética e fisioterapia. Após a análise dos títulos e de seus respectivos resumos, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, excluíram-se nove textos e utilizaram-se 26 para análise. Entre estes, apenas três são nacionais, sendo que dois deles são artigos científicos e um incluiu-se na categoria editorial. No

Quadro 1 é apresentada a relação desses artigos, sua categorização, fonte, autores e ano de publicação.

A variedade de publicações encontradas no campo da fisioterapia que tratam das questões éticas relacionadas com a profissão é, de certa forma, relevante no que se refere ao cenário estadunidense. Observa-se, no Quadro 1, que houve forte predominância das publicações provenientes desse país (21), seguida por algumas nacionais (3) e outras francesas (2).

Quanto ao tipo de estudos, houve predomínio das pesquisas de campo (8), realizadas com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, estudantes de fisioterapia ou de análise documental. Encontraram-se também artigos que contêm reflexões éticas (7), revisão histórica (3), estudos de caso (3), modelos de ensino (2) e, finalmente, editoriais (2) e seção de revista (1).

Nº	Autor (es)	Título	Tipo de estudo/ CATEGORIAS	Fonte
01	PURTILO R.	A Time to Haverst, a Time to Sow: Ethics for Shifting Handcape.	Reflexão ética <b>ÉTICA PROFISSIONAL FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	PHYS THER 2000: 80(11): 1112-1119
02	MOSTRON E.	Moral and ethical development in physical therapy practice and education: crossinf the Threshold.	Editorial <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	J PHYS THER EDUC. 2000 Winter, 14(3): 2-3
03	PURTILLO R.	Moral courage in times of change: visions for the future	Reflexão ética <b>ÉTICA PROFISSIONAL, ÉTICA FILOSÓFICA.</b>	14(3): 4-6
04	STILLER C.	Exploring the ethos of the Physical Therapy Profession in the United States: social, cultural, and historical influences and their relationship to education	Pesquisa de Campo <b>DESENVOLVIMENTO ÉTICO FORMAÇÃO/ EDUCAÇÃO.</b>	14(3): 7-15
05	SCOTT R.	Supporting Professional Development: understanding the interplay between health law and professional ethics	Reflexão Ética <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	14(3): 17-19
06	ROMANELLO M; KNIGHT-ABOWITZ K.	The “Ethics of Care” in Physical Therapy Practice and Education: challenges and opportunities	Reflexão Ética <b>ÉTICA FILOSÓFICA ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	14(3): 20-25
07	SISOLA S.	Moral Reasoning as a Predictor of Clinical Practice: the development of physical therapy students across the professional curriculum	Pesquisa de Campo <b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO ÉTICA EM PESQUISA.</b>	14(3): 26-34
08	BARNIT R; ROBERTS L.	Facilitating Ethical Reasoning in student Physical Therapists	Modelo de ensino <b>ÉTICA PROFISSIONAL FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	14(3): 35-41
09	JENSEN G; PASCHAL K.	Habits of Mind: student transition toward virtuous practice	Pesquisa de campo <b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	14(3):42-47
11	TRIEZENBERG H; DAVIS C.	Beyond the Code of Ethics: educating physical therapists for their role as moral agents [corrected] [published erratum appears in 2001: 15(2): 2	Modelo de ensino <b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	14(3): 48-58
11	SWISHER L.	A Retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy	Revisão histórica <b>DESENVOLVIMENTO ÉTICO.</b>	PHYS THER 2002: 82(7): 692-706

12	JOÃO S.	Ética e Fisioterapia	Editorial <b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	REV FISIOTER UNIV São Paulo 2002: 9(2).
13	RENNER A; GOLDIM J; PRATI F.	Dilemas Éticos Presentes na Prática da Fisioterapia	Pesquisa de campo <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	REV BRAS FISIOTER (2002): 6(3): 35-138
14	ARAÚJO L; NEVES W.	A Bioética e a Fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva	Pesquisa de campo <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	REV FISIOTER UNIV São Paulo 2003: 10 (2): 52-60
15	DRONBERGER J.	Fraud and Negligence in Physical Therapy Pratices: A Case Example	Estudo de Caso <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	PHYSIOTHER THEORY PRACT 2003: 20(1): 151-159
16	DIERUF K.	Ethical Decision-making by Students in Physical and Occupational Therapy	Pesquisa de campo <b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO.</b>	J. ALLIED HEALTH 2004: 33(1): 24-30
17	GEDDES E; WESSEL J; WILLIAMS R.	Ethical Issues Identified by Physical Therapy Students During Clinical Placements	Pesquisa de campo <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	PHYSIOTHER THEORY PRACT 2004: 19(3)
18	FINCH E; GEDDES E; LARIN H.	Ethically-based Clinical Decision- making in Physical Therapy: process and Issues	Pesquisa de campo <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	2005: 21 (3)
19	LINKER B.	The Business of Ethics: Gender, Medicine, and the Professional Codification of the American Physiotherapy Association 1918-1935	Revisão histórica <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	J. HIST MED ALLIED SCIENCES 2005: 60(3): 320-354
20	KIRSCH N.	Ethics in Action	Seção de Revista <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	PT MAGAZINE - Columns-2006 -
21	JOHNSTON T.	Issues surrounding protection and assent in pediatric research	Reflexão Ética <b>ÉTICA EM PESQUISA.</b>	PEDIATR PHYS THER 2006:18 (2)Summer: 133-140
22	HENLEY L; FRANK D.	Reporting Ethical Protections in Physical Therapy Research.	Revisão histórica <b>ÉTICA EM PESQUISA.</b>	PHYS THER 2006: 86(4): 499-509
23	GREENFIELD B.	The meaning of Caring in Five Experienced Physical Therapists	Pesquisa de Campo <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	PHYSIOTHER THEORY PRACT 2006: 22(4): 175-87
24	MOUREY F.	Éthique Clinique et Masso-Kinésithérapie	Reflexões Éticas <b>ÉTICA FILOSÓFICA.</b>	KINESITHER REV 2006: (55): 4-14
25	MAREC F.	Moral, Éthique et Deontologie en Knésithérapie tentatives de Definition	Reflexões éticas <b>DESENVOLVIMENTO ÉTICO ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	KINESITHER REV 2007: (64): 43-6
26	SCHEIRTON L ; MU K; LOHMAN H; COCHRAN T.	Error and Patient Safety: ethical analysis of cases in occupational and physical therapy practice	Estudo de casos <b>ÉTICA PROFISSIONAL.</b>	MED HEALTH CARE PHILOS 2007: (10): 301-311

### Quadro 1 – Relação das publicações que relacionam Ética e Fisioterapia, a partir do ano 2000

Quanto às categorias de abordagem, 16 artigos discutem questões que envolvem o código de ética ou comportamentos éticos (Ética Profissional); nove analisam a formação ética e propõem modelos para uma educação ética no cuidado

em saúde (Formação/Educação); três envolvem conceituação de ética e moral (Ética Filosófica); três discorrem sobre a história da ética na profissão, os princípios morais e o código de ética (Desenvolvimento Ético), e três abordam questões sobre o respeito e os cuidados com os pacientes em pesquisa (Ética em Pesquisa). Cabe observar que alguns artigos se incluíram em mais de uma dessas categorias.

Com relação à quantidade dessas publicações, cabe destacar, já no ano 2000, a conferência de Ruth Purtilo<sup>13</sup> que preconizava, para o novo milênio, o direcionamento do foco dos estudos para a ética profissional. Deve-se mencionar ainda a contribuição do *Journal of Physical Therapy Education*, que, em edição especial, pôs em discussão as questões éticas que envolvem a fisioterapia, com temáticas ligadas ao desenvolvimento moral na profissão.

No ano de 2001, nenhum artigo foi encontrado, entretanto em 2002 destaca-se a importante publicação de Laura Swisher,<sup>4</sup> que, ao estudar o conhecimento ético na fisioterapia, analisou mais de 90 artigos publicados em revistas científicas estadunidenses, entre 1970 e 2000, para estabelecer uma comparação entre os textos com as fases da bioética descritas por Pellegrino, em 1999, e as fases da ética profissional na fisioterapia apresentadas por Purtilo, em 2000. A autora categorizou essas publicações em filosófica e social, identificando que a abordagem filosófica foi a mais comum nas décadas de 70 e 80, enquanto que a abordagem social foi crescendo a cada década. Observou também que, entre os estudos que se utilizaram da aproximação filosófica, a maioria deles adotou como referência a teoria principialista. No Brasil, nesse mesmo ano, a fisioterapia iniciou sua inserção histórica no debate bioético, com a publicação de um artigo e um editorial, de autoria de fisioterapeutas brasileiros.

Nos anos de 2003 a 2005, constata-se uma diminuição nas publicações. Dos seis artigos publicados nesse período, cinco investigaram o comportamento ético na prática profissional, e o outro analisou a questão dos conteúdos de ética na formação profissional. Todos os trabalhos chamavam a atenção para os problemas de consciência ética que envolvem os fisioterapeutas em relação ao desenvolvimento ético e ao processo de tomada de decisão. Cabe lembrar que um desses artigos é nacional e investigou a concepção ética dos fisioterapeutas, alertando para a ausência desses conhecimentos na formação e discussão profissional.

Em 2006, verificou-se uma retomada mais significativa desses temas, com quatro artigos publicados. As abordagens dos estudos foram mais diversificadas,

variando entre a preocupação dos fisioterapeutas, o desenvolvimento do ensino da ética na prática da fisioterapia e a investigação do consentimento informado<sup>iv</sup>. Há ainda, a inserção da coluna *Ethics in Action* na *Physical Therapy Magazine*, periódico mensal, sob a responsabilidade da fisioterapeuta Nancy Kirsch, com o objetivo de possibilitar uma reflexão interativa acerca da ética e também de desenvolver habilidades para a tomada de decisões éticas.

Em 2007, até o período de busca desta pesquisa, foram encontrados apenas dois artigos: um abordou os valores éticos dos fisioterapeutas; e o outro, os erros cometidos pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, analisando-se a fraude e a negligência geradas por conflitos éticos.

N/Ano	Título	Autor (es)	Categoria	Fonte
1 2003	É Hora de Ética e Respeito Profissional.	PETRONE N.	Conferência e Artigo	I Congresso Internacional de Fisioterapia -CE; Rev. COFFITO.
2 2005	Ética e Bioética na Fisioterapia.	BONATTI R; JOÃO S; FORCELLA H; SOUZA S	Painel	XVI – COBRAF.
3 2006	Bioética, Exercício Profissional e a História da Fisioterapia.	(não informado)	Palestra	IV Jornada de Fisioterapia do UNIPE – João Pessoa -PB
4 2006	Ser Fisioterapeuta na Atualidade: um compromisso ético.	ARRUDA L.	Ensaio	Site do CREFITO 5 – RS
5 2006	Aspectos Bioéticos e Legais da Fisioterapia.	MARQUES A; JOÃO S.	Capítulo de livro	Fisioterapia do Sistema Respiratório. Cap. 12
6 200-	Osteopatia Visceral e Craniosacral. Qual o limite ético entre especialização profissional e a prática baseada em ficção ou muito?	LADEIRA C.	Artigo (comentário)	Site da Revista Terapia Manual
7 2007	Conhecimento dos Fisioterapeutas de Santa Maria sobre Ética e Bioética.	BADARÓ A; GUILHEM D.	Pôster	VII Congresso Brasileiro de Bioética (CBB).
8 2007	Conhecimentos sobre Ética e Verificação da Sensibilidade Ética dos Formandos do Curso de Fisioterapia da UFSM.	BADARÓ A; ZANCHET A.	Pôster	VII C B B.
9 2007	Problemas Bioéticos em Fisioterapia Respiratória na fase Final da Esclerose Lateral Amiotrófica.	LIMA W; GAZOLA M.	Pôster	VII C B B
10 2007	A Atuação da Fisioterapia em Cuidados Paliativos: Reflexões Bioéticas.	GOMES D; PESSINI L; GERRA G.	Comunicação Coordenada	VII C B B

## Quadro 2 – Temas nacionais sobre Ética/ Bioética e a Fisioterapia.

<sup>iv</sup> É importante lembrar que a nomenclatura “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” é utilizada no Brasil, de acordo com a Resolução 196/96 – CNS, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Nos outros países, utiliza-se o termo “Consentimento Informado”.

Devido à escassez de artigos nacionais, optou-se por mencionar os outros dez títulos nacionais, os quais relacionam ética, bioética e fisioterapia, que não se encontravam em revistas indexadas. Esses temas são apresentados no Quadro 2, organizados de acordo com o ano de publicação e/ou apresentação, o título, o(s) autor(es) e a fonte ou o evento. Estão classificados conforme a forma de apresentação: artigo, capítulo de livro, comentário em revista, conferência, ensaio, mesa redonda, painel, palestra, pôster ou comunicação coordenada.

### **3.3 Discussão**

Os resultados encontrados demonstram que, no cenário estadunidense, o ano de 2000 marcou a intensificação da reflexão bioética na fisioterapia, com a publicação de um número expressivo de textos que abordavam questões de ética filosófica e ética clínica.

Purtilo,<sup>13</sup>, com base na evolução histórica da fisioterapia, antevia um futuro em que a complexidade das mudanças sociais, políticas e culturais, refletidas na saúde, exigiriam um fisioterapeuta mais preparado do ponto de vista ético, um aspecto ainda pouco valorizado pela profissão. A autora enfatizava que o momento era de projeção para a profissão e que, para se iniciar essa transformação, devia-se partir da formação profissional, ou seja, dos currículos de fisioterapia. Argumentava que a fisioterapia necessitava de desenvolvimento moral consistente para encarar os desafios e as mudanças que a profissão iria enfrentar. Todos esses aspectos também foram reforçados por diversos autores em outros estudos.<sup>13</sup>

No Brasil, as questões que envolvem as discussões sobre a relação entre ética e fisioterapia estiveram, ao longo da evolução da profissão, limitadas aos aspectos legais e deontológicos. Os temas encontrados são muito recentes e demonstram a tímida inserção da bioética na fisioterapia e a ausência da discussão sobre essa temática entre os fisioterapeutas. Por outro lado, apesar da escassez desses estudos, eles são relevantes por seu pioneirismo e por iniciarem essa reflexão. Todos esses aspectos foram reforçados por outros autores nos diversos estudos que se seguiram.

Acredita-se que outras abordagens relacionadas à ética e à fisioterapia foram apresentadas em eventos da categoria, mas como não foram publicados, acabaram

por se perder. Pode-se assim tentar justificar a pouca inclusão dessa temática nas conferências e palestras dos eventos da área. De modo geral, a produção da fisioterapia nacional na área da ética/bioética ainda é muito incipiente, o que se reflete na pouca discussão entre os profissionais. Nota-se alguma sensibilidade a essa abordagem, com repercussão no VII Congresso Nacional de Bioética (2007), quando, pela primeira vez, houve a participação da fisioterapia em eventos de bioética.

Grande parte dos conteúdos, nacionais ou estadunidenses, direciona atenção para as questões éticas da responsabilidade profissional, da unidade da categoria e do respeito aos princípios éticos. Essa preocupação é reiterada, muitas vezes, de forma empírica, baseada nas experiências provenientes da prática em fisioterapia.

### **3.4 Conclusão**

No cenário nacional, as discussões sobre as questões éticas e a sua relação com a fisioterapia emergem apenas a partir do ano 2002, enquanto no cenário estadunidense é crescente a sua evolução desde os anos setenta. Mesmo assim, os autores estrangeiros consideram sua produção muito pequena.

Independentemente da complexidade e do tipo dos estudos, existe unanimidade entre os autores sobre a necessidade de se preparar os fisioterapeutas para enfrentarem os conflitos éticos que as mudanças no perfil epidemiológico da saúde estão provocando. As reflexões remetem ao questionamento sobre o desenvolvimento moral dos fisioterapeutas, que deve ser estimulado durante o processo de sua formação, por meio da inclusão de situações concretas encontradas na prática clínica.

Para se alcançar esse objetivo, é indispensável adequarem-se os programas curriculares de graduação, com vistas a proporcionar conhecimento e reflexão sobre a bioética de forma contínua. Diante disso, os educadores precisam se preparar para enfrentar esse desafio. Para a aproximação da bioética com a fisioterapia, necessita-se ainda de uma ampla discussão para se identificarem os conflitos éticos presentes na profissão a fim de desencadear reflexões multidisciplinares, abrangentes e inclusivas.

### 3.5 Referências Bibliográficas

1. Sanches E. Historia da fisioterapia no Brasil e no mundo. Rev Atualização Bras de Fisioter. 1984: p.29-36.
2. Rebelatto J, Botomé S. Fisioterapia no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999.
3. Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2002.
4. Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). Phys Ther. 2002; 82(7): 692, Jul.
5. Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002.
6. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Ed. UNISINOS; 1999.
7. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Rev Bioét. 1996; 4(1).
8. Escobar AL. A bioética na América Latina e na Colômbia. In: Pessini L; Barchifontaine C [orgs]. Bioética na Ibero-América: histórias e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007: p.63-76.
9. Siqueira EJ. Apresentação. Anjos M; Siqueira J [orgs]. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética; 2007: p.9-11.
10. Braga KS. Bibliografia bioética brasileira: 1990-2002. Brasília: Letras Livres; 2002.
11. Conselho Federal de Fisioterapia. Fisioterapia: Revista, Disponível em:  
[http://www.coffito.org.br/#\[page\]showDynamic.php?page=39&section=39&pagina=revista](http://www.coffito.org.br/#[page]showDynamic.php?page=39&section=39&pagina=revista)
12. Terapia Manual: escola de postura. [periódico na internet]. 2006 [Acesso em: mar 2007] Disponível em:  
<http://www.terapiamanual.com.br/br/noticias.php?v=1&pg=comentario/visceral.htm>
13. Purtilo R. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. Phys Ther. 2000, 80(11): p.1112, Nov.
14. Mostron E. Moral and ethical development in physical therapy practice and education: corssinf the threshold [editorial]. J Phys Ther Educ. 2000, Winter, 14(3)2-3.

## CAPÍTULO VI

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS DE SANTA MARIA (RS) E A ORIGEM DAS SUAS CONCEPÇÕES SOBRE ÉTICA

#### SOCIODEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL PROFILE OF PHYSICAL THERAPISTS IN SANTA MARIA (RS) AND THE ORIGIN OF THEIR CONCEPTIONS OF ETHICS APPROXIMATION AND BONDS

Ana Fátima Viero Badaró <sup>1</sup>

Dirce Guilhem <sup>2</sup>

Título condensado: PERFIL DOS FISIOTERAPEUTAS  
PHYSICAL THERAPISTS' PROFILE

<sup>1</sup> Doutoranda – UnB. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

---

Alguns dados deste artigo foram apresentados como temas livres, na forma de pôster:

“Índice de Pós-Graduação dos Fisioterapeutas de Santa Maria - RS, em Saúde Coletiva/Pública”.

Congresso de Ciências Sociais em Saúde - ABRASCO – Salvador, julho de 2007. (Anexo 09)

“Conhecimento dos Fisioterapeutas de Santa Maria - RS sobre Ética e Bioética”

Congresso Brasileiro de Bioética - São Paulo, agosto 2007. (Anexo 10)

Outro será apresentado no XVIII Congresso de Epidemiologia – setembro-2008 – Porto Alegre, RS.

“Conhecimento dos fisioterapeutas de Santa Maria-RS sobre ética e bioética”. (Anexo 11)

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas que atuam na cidade de Santa Maria (RS) e a origem de suas concepções sobre ética.

**Método:** Foi realizado um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa fisioterapeutas no exercício de atividades assistenciais e/ou educativas no campo da fisioterapia. Para processamento e análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico SAS (Statistical Analysis System), versão 8.02.

**Resultados:** A amostra consistiu de 167 fisioterapeutas, em sua maioria adultos jovens, na faixa etária entre 22 e 35 anos (60%), sendo 83% mulheres. Atuam predominantemente de forma autônoma, sem vínculo empregatício (52,4%), e também em serviços públicos (23,5%) e privados (20,5%); atendem a domicílio, em clínicas e consultórios com maior frequência. Possuem capacitação em diversos níveis e áreas, sendo a musculoesquelética a de maior demanda de serviço e, conseqüentemente, a mais procurada para a realização de especialização. A clientela predominante é de adultos, mulheres e idosos. Os conhecimentos sobre ética são provenientes, em sua maioria, da família e dos desafios colocados pela prática profissional.

**Conclusão:** O processo de crescimento da profissão é constante, tanto em áreas já consagradas como nas emergentes, e não tem sido acompanhado pelo reconhecimento social desses profissionais. As questões éticas precisam ser mais discutidas tanto na formação acadêmica quanto nas atividades cotidianas.

**Descritores:** Fisioterapia (Especialidades), Ética Profissional, Recursos humanos.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the sociodemographic and professional profile of physical therapists who work in the city of Santa Maria (RS) and the origin of their conceptions of ethics.

**Methods:** A descriptive and transversal study, with quantitative approach. Physical therapists working with professional and/or educational activities in the physical therapy field participated in the research. The statistical package SAS (Statistical Analysis System), version 8.02, was used to process and analyze the data.

**Results:** The sample consisted of 167 physical therapists, most of them young adults, between 22 and 35 years old (60%) and 83% were women. They are predominantly self-employed, without working contract (52,4%), and also work in public (23,5%) and private (20,5%) services; they most often provide home care or work in private clinics and offices. They have competence in distinct levels and fields, being the musculoskeletal the one with higher request of their professional services. Consequently, this area is the most desired to do specialization. The predominant clientele are adults, women and the elderly. The origin of knowledge about ethics comes from the family and from the challenges imposed by the professional practice.

**Conclusion:** Growing professional process is constant, not only in traditional fields but also in the emergent ones, but it has not been followed by the social recognition of these professionals. Ethical issues must be more discussed not only during the formal academic course but also during the daily professional activities.

**Keywords:** Physical Therapy (Specialty), Ethics Professional, Human Resources.

## INTRODUÇÃO

Durante aproximadamente cinqüenta anos, a fisioterapia evoluiu de uma profissão da saúde que nasceu da intenção de auxiliar o médico e com atuação limitada à reabilitação motora, para uma profissão autônoma, com inserção nas diversas áreas clínicas e com espaços ampliados na prevenção e promoção da saúde.<sup>1,2,3</sup> Outras possibilidades de áreas de atuação foram incluídas, como a educação, as políticas públicas, a indústria, o ambiente de trabalho, o esporte e o lazer. No cenário nacional, o desenvolvimento da profissão foi acompanhado pelo crescimento da oferta de cursos de graduação, que aumentaram de seis, em 1970, para 48, em 1991, perfazendo, em 2007, 475 cursos.<sup>3,4</sup>

Esse crescimento está relacionado com as mudanças ocorridas no perfil da saúde da população e na educação dos profissionais. Os avanços na saúde estiveram vinculados com o início da Reforma Sanitária, nos anos 70, que passou a enfocar uma intervenção complexa e integral, direcionada para a promoção da saúde. Na educação, essas mudanças foram alicerçadas pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, que determinou as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação e a conseqüente atualização dos currículos e do ensino das profissões da saúde.<sup>4</sup>

Entre as recomendações das Diretrizes Curriculares para os cursos de fisioterapia promulgadas em 2002,<sup>5</sup> está a ênfase na formação ética dos fisioterapeutas, no que se refere aos princípios necessários à sua formação e atuação. As questões éticas perpassam o exercício profissional, com concepções advindas da formação moral, da deontologia, acrescidas de reflexões conceituais e de desafios provenientes da experiência profissional. Esses conhecimentos não fazem parte de um saber formal e requerem avaliação e acompanhamento constantes para o desenvolvimento ético dos fisioterapeutas.<sup>6,7</sup>

A ética deontológica caracteriza-se por normas a serem seguidas. Essas normas são provisórias, orientam comportamentos cotidianos e atitudes práticas para atender a determinadas situações e delimitar o caminho das pessoas inseridas em um grupo.<sup>8</sup> Por sua vez, a ética, compreendida como campo disciplinar, seria a

representação de uma concepção de vida, um estilo,<sup>8</sup> ou seja “um questionamento das práticas, uma interrogação sobre o como e o porque se faz” (p.43).<sup>9</sup>

A área de recursos humanos em saúde ocupa posição estratégica no âmbito das discussões e da implementação das políticas nacionais de saúde. Existe consenso acerca da idéia de que a qualidade dos serviços prestados na área da saúde tem estreito vínculo com a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos.<sup>10,11</sup>

Os fisioterapeutas estão inseridos no campo da saúde coletiva e da saúde pública, mas enfrentam desafios para atuar de forma efetiva nesse cenário. A realidade desses profissionais é ainda pouco estudada. Suas características sociodemográficas são apontadas em alguns estudos nacionais, com enfoque localizado geograficamente e/ou por áreas de atuação.<sup>12,13,14,15</sup> O planejamento de ações em saúde e suas avaliações precisam levar em consideração o perfil dos profissionais disponíveis, o contexto macroeconômico de determinados grupos, de acordo com a época e a região em que se encontram.

Freqüentemente os fisioterapeutas trabalham de forma autônoma, sem vínculo empregatício, sem garantia de direitos sociais, como férias, décimo terceiro, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licenças e aposentadoria. Essa é uma situação que interfere diretamente na prática profissional, e os conflitos que dela emergem devem ser explicitados para que se possa pensar em promover mudanças.

Considerando-se os aspectos mencionados, este estudo foi delineado com o intuito de possibilitar um novo olhar sobre a formação e a inserção profissional dos fisioterapeutas de uma cidade do Rio Grande do Sul. Teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, escolaridade e remuneração) e profissional dos fisioterapeutas (local e situação de trabalho, formação e capacitação, campo e áreas de atuação, clientela e demanda de serviços, e a participação em associações de classe), bem como a origem de seus conhecimentos sobre ética.

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Maria (RS), que possui aproximadamente 270 mil habitantes e se destaca economicamente no setor terciário pelo comércio e pela prestação de serviços nas áreas da saúde e da educação.<sup>16</sup> Como pólo regional de saúde, oferece grande variedade de serviços

públicos e privados. Possui sete hospitais, entre os quais está o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Esse complexo assistencial institucionalizado inclui a fisioterapia, que abrange ainda a assistência domiciliar e atividades docentes. Na cidade, há três cursos de fisioterapia: o da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o da Universidade Franciscana (UNIFRA) e o da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Entidades de classe têm sede na cidade, como é o caso da Associação dos Fisioterapeutas de Santa Maria (AFISM) e a sede regional do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – RS – 5ª região (CREFITO-5).

## **1 Metodologia**

Os dados foram coletados por meio de instrumento semi-estruturado, construído para esse fim, o qual foi validado por teste piloto com fisioterapeutas de outras cidades e, também, pela apreciação de pesquisadores experientes. A coleta ocorreu no período entre novembro de 2006 e fevereiro de 2007. O estudo é descritivo, com abordagem quantitativa e caracteriza-se por ser um estudo transversal, em que os dados relativos a cada indivíduo expressam aquela população no momento da coleta.

Para localizar os potenciais participantes desse estudo tomou-se como referência a relação dos fisioterapeutas e das empresas de fisioterapia com registro na cidade, fornecida pelo CREFITO-5 em 1º de novembro de 2006. Buscou-se a complementação desses endereços em anúncios de jornais e por referências de colegas. A população desse estudo foi procurada e localizada nos serviços de atendimento fisioterapêutico (hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios) e nos cursos de fisioterapia.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: ser fisioterapeuta que estivesse em atuação na assistência e/ou na docência da fisioterapia; exercer atividades em Santa Maria, independente de ter ou não registro profissional na cidade; e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos os fisioterapeutas que, mesmo listados na relação do CREFITO-5, não atendiam plenamente aos critérios de inclusão neste estudo.

No que diz respeito às questões éticas, a pesquisa pautou-se pelas diretrizes preconizadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>17</sup> e nas normativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto no CEP-UFSM.

Os dados coletados foram codificados e transcritos utilizando-se o banco de dados Microsoft Office Excel 2002 e processados pelo pacote estatístico SAS (Statistical Analysis System), versão 8.02. Os resultados foram compilados por meio de frequência simples e por alguns cruzamentos, e analisados de forma descritiva.

## **2 Resultados e Discussão**

Dos 276 profissionais listados pelo CREFITO-5, foram incluídos na população desse estudo outros 27 fisioterapeutas, que também exerciam a profissão em Santa Maria, mas possuíam seu registro profissional em outra cidade. Foram excluídos 44 indivíduos, que não residiam mais na cidade, não atuavam mais no campo da fisioterapia assistencial, ou trabalhavam em outra cidade, ainda que residindo em Santa Maria. Assim, a população deste estudo configurou-se por 259 fisioterapeutas e a amostra resultou em 167 participantes, uma vez que 38 não devolveram o instrumento de pesquisa e com 54 deles não se conseguiu estabelecer nenhum contato. Dos 205 fisioterapeutas contatados, obteve-se, portanto, um retorno de 81,5% dos instrumentos.

As características sociodemográficas do grupo investigado são apresentadas na Tabela 1, onde estão elencadas as informações ligadas ao sexo, à faixa etária, ao período da graduação, à realização de outro curso de graduação e à renda mensal.

Neste estudo, a faixa etária dos fisioterapeutas variou entre 22 e 58 anos, e 40,7% tinham idade de até 30 anos, o que aponta para uma predominância de profissionais jovens e em início de carreira. Dos 31 aos 40 anos, encontraram-se 32,3% dos participantes. Comparando-se esses dados com os de um estudo realizado nessa mesma cidade, no ano de 1990,<sup>13</sup> com 62 fisioterapeutas, pode-se observar que houve um crescimento dessa população de 4,2 vezes e que os percentuais por faixa etária também variaram: eram 58% até os 30 anos e 38% dos

31 aos 40 anos, o que demonstrava a inserção de uma população ainda mais jovem nessa nova profissão.

**Tabela 1 – Distribuição dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS) de acordo com suas características sociodemográficas e a proporção por sexo**

Dados sociodemográficos	Sexo						
	Feminino (F)		Masculino(M)		Total		Proporção F : M
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>							
22 – 30	56	33,53	12	07,18	68	40,71	4,6 : 1
31 – 40	49	29,34	05	02,99	54	32,34	9,8 : 1
41 – 50	30	17,96	08	04,79	38	22,76	3,7 : 1
> 50	04	02,39	03	01,80	07	04,19	1,3 : 1
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>83,23</b>	<b>28</b>	<b>16,77</b>	<b>167</b>	<b>100,00</b>	<b>5,0 : 1</b>
<b>Escolaridade:</b>							
<b>1 - Graduação em fisioterapia (período)</b>							
ano 1979	01	0,61	01	0,61	02	01,22	1,0 : 1
década 80	21	12,73	07	04,24	28	16,97	3,0 : 1
década 90	54	32,73	06	03,63	60	36,36	9,0 : 1
ano 2000-06	61	36,97	14	08,48	75	45,45	4,3 : 1
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>83,04</b>	<b>28</b>	<b>16,96</b>	<b>165</b>	<b>100,00</b>	<b>4,8 : 1</b>
<b>2 - Outro curso de graduação</b>	12	07,18	01	0,59	13	07,78	12 : 1
<b>Renda (SM* R\$350,00)</b>							
<b>1 - 4</b>	60	37,27	12	07,45	72	44,72	5,0 : 1
<b>5 - 8</b>	35	21,74	07	04,35	42	26,09	5,0 : 1
<b>9 – 12</b>	26	16,15	06	03,73	32	19,88	4,3 : 1
<b>&gt; 12</b>	12	07,45	03	01,86	15	09,31	4,0 : 1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>82,60</b>	<b>28</b>	<b>17,40</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>	<b>4,7 : 1</b>

\*Salário Mínimo Referência Nacional 2006.

O aumento do número de fisioterapeutas entre adultos jovens foi verificado também em estudos estadunidenses.<sup>18,19</sup> No Brasil, isso se deve à expansão do ensino superior na última década, decorrente das mudanças na política educacional, bem como ao reconhecimento sócio-científico da profissão, resultante dos esforços envidados pelos próprios fisioterapeutas.

Ao se verificar os dados sobre a escolaridade, nota-se que, a partir do ano 2000, o aumento do número de fisioterapeutas foi mais expressivo e superou o número de formados na década de 90. Esse fato promoveu maior competitividade e contribuiu para que esses profissionais buscassem capacitar-se cada vez mais.

Quanto ao sexo, observou-se que 83% desses profissionais são mulheres e que a proporcionalidade encontrada entre elas e os homens foi de cinco para um. Tradicionalmente a fisioterapia é uma profissão predominantemente feminina, e estudos apontam um percentual de 70 a 80% de mulheres no exercício da profissão.<sup>12,13,18,19,20</sup>

De acordo com Moreira,<sup>21</sup> a saída da mulher de casa para o trabalho se deu por meio de profissões que representavam uma extensão do lar, caracterizadas pelo cuidado e pela educação familiar, o que reproduzia a esfera de atividades privadas. Já as tarefas masculinas são mais públicas, ou seja, são desempenhadas fora do ambiente familiar. As relações de trabalho masculino se relacionavam à força física e à abstração, enquanto as femininas estavam ligadas à sensibilidade e à observação. Talvez isso justifique, em parte, a grande inserção das mulheres na fisioterapia, por ser essa uma área que exija, dos profissionais, muita atenção e grande sensibilidade.

Considerando-se a proporção entre mulheres e homens, verifica-se que a maior discrepância está na faixa etária entre 31 e 40 anos (9,8:1). Essa diferença também foi constatada na década de 90, quanto ao período de graduação, em que se observa uma proporção de 9,0 mulheres para cada homem. Isso demonstra um afastamento masculino da profissão naquele período. Na atualidade, verifica-se uma alteração desses índices (4,3:1), que se tornam mais próximos daqueles encontrados nos anos 80 (3:1).

A procura por outro curso foi, também, uma iniciativa mais observada entre as mulheres (12:1), que ocorreu nos anos 90. Essa foi uma situação que não se manteve, apesar do vultoso crescimento do número de fisioterapeutas nos últimos anos.

Verificou-se que grande parte dos fisioterapeutas (44,7%) recebia até 04 salários mínimos, e 38,3% deles referiram uma renda acima de 9 salários. A baixa remuneração mencionada pelos participantes demonstra as dificuldades enfrentadas pelos fisioterapeutas para se firmarem na profissão.

Em relação à remuneração, o código de ética dos fisioterapeutas refere, no Cap. V, Art. 27, que esse profissional tem o direito à justa remuneração por seus

serviços.<sup>22,23</sup> O Art. 30 aponta a proibição da assistência prestada por um valor ínfimo. No que tange aos valores dos honorários, os fisioterapeutas dispõem do Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (RNHF),<sup>24</sup> lançado em 1998, que se encontra em fase de discussão no COFFITO. Há também a determinação de um piso salarial, acordado pela Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (FENAFITO) de aproximadamente 8 salários mínimos para uma jornada de 30 horas semanais.<sup>25</sup>

Na Tabela 2 apresentam-se as características da atuação dos fisioterapeutas. Verifica-se a predominância da assistência realizada nos serviços prestados em consultórios e em clínicas (41%), seguida pelo atendimento domiciliar (29,7%). Muitos se envolveram com a docência (32,9%) e, destes, 19,5% estavam em atividade.

**Tabela 2 – Características da atuação dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS)**

Variáveis	n	%
<b>Local de trabalho</b>		
Hospital	38	13,42
Clínica	75	26,50
Domicílio	84	29,68
Ambulatório	19	06,71
Consultório	41	14,48
Outros	26	09,18
Total	283	100,00
<b>Ensino de fisioterapia</b>		
Sim	54	32,93
Não	110	67,07
Total	164	100,00
<b>Mais de um emprego</b>		
Sim	41	25,95
Não	117	74,05
Total	158	100,00
<b>Outra atividade profissional</b>		
Sim	24	14,72
Não	139	85,28
Total	163	100,00
<b>Vínculo empregatício</b>		
Sim	52	33,12
Não	105	66,88
Total	157	100,00

A fisioterapia é uma profissão que permite prática profissional autônoma, caracterizada, entre outros aspectos, por atividade independente, realizadas em diferentes serviços e/ou instituições. Neste estudo, a maioria dos profissionais (52,4%) trabalhavam como autônomos e 33,1% possuíam vínculo empregatício. Essa situação é distinta da encontrada em 1990, quando 66% dos fisioterapeutas trabalhavam com vínculo.<sup>12</sup> Parcela significativa de fisioterapeutas (26%) referiu possuir mais de um emprego. Parte deles (14,7%) exerciam outra atividade profissional concomitante ao exercício da fisioterapia.

Quanto à área de atuação profissional, a maioria dos fisioterapeutas (76,6%) apontaram a traumato-ortopedia como a de maior demanda de serviços, seguida da neurologia (60%), acompanhada de perto da reumatologia (55,7%) e da pneumologia (50,3%). Com índices menores de demanda foram mencionadas as áreas de cardiologia (22,1%), dermato-funcional (22,1%), saúde pública (21,5%) e gineco-obstetrícia (18,5%). A acupuntura e as áreas de urologia e de gerontologia foram menos apontadas, mas se apresentaram como áreas de demanda principal para muitos fisioterapeutas.

A fisioterapia tem na área de traumato-ortopedia o seu mais importante campo de atuação profissional, seguida pelas áreas de reumatologia, neurologia e pneumologia, que oscilam em segundo lugar de acordo com as características regionais, como se pode confirmar com os estudos de Trelha et al.<sup>13</sup> Quanto ao público atendido, os idosos, os trabalhadores e as mulheres foram referidos por 82% dos fisioterapeutas. Depois, apareceram os adolescentes (57,4%), as crianças (32,9%) e os escolares (24,5%).

Ao analisar os atendimentos realizados, observou-se que 103 fisioterapeutas trabalhavam com convênios, e que, para 81,5% deles, esses atendimentos significavam mais de 50% da sua demanda de serviço. Já a assistência a pacientes particulares representou até 25% da clientela atendida por 62 fisioterapeutas; entretanto, outros 42 atendem em torno de 80 a 100% dessa categoria. Esses dados demonstram que os fisioterapeutas dependem muito dos convênios para se manterem atuando na profissão.

Na Tabela 3 são apresentados os cursos de pós-graduação realizados pelos fisioterapeutas. Consideraram-se os níveis de especialização, mestrado e doutorado, concluídos ou em fase de conclusão.

**Tabela 3 – Distribuição dos fisioterapeutas de Santa Maria (RS), com pós-graduação, de acordo com o período e as áreas de realização.**

Pós- Graduação	Realização					
	Período	n	%	Área	n	%
Especialização	84 -90	09	08,49	Acupuntura	11	09,90
	91- 95	05	04,71	Dermato-funcional	10	09,09
	96- 00	14	13,20	Músculo-esquelética	35	31,53
	01- 05	41	38,67	Respiratória	13	11,71
	2006	07	06,60	Saúde Pública *	13	11,71
	em formação	27	25,46	Neurologia	05	04,50
	não informam	03	02,83	Osteopatia	03	02,70
	Total	106	100,00	Uro-ginecologia	03	02,70
				Outras	18	16,21
				Total	111	100,00
Mestrado	1987	01	03,22	Saúde Pública *	04	12,90
	1994	01	03,22	Educação	05	16,12
	1997	03	09,67	Eng. de Produção	05	16,12
	1998	01	03,22	Ciências Básicas**	10	32,25
	2000-06	21	67,74	Outras ***	07	22,58
	em formação	04	12,90	Total	31	100,00
	Total	31	100,00			
Doutorado	1997	01	09,09	Ciências da saúde	08	72,73
	2004-06	04	36,36	Outras	03	27,27
	em formação	06	55,55	Total	11	100,00
	Total	11	100,00			

\* Saúde: s. pública, s. coletiva, s. da família, s. comunitária.

\*\* Fisiologia, fisiologia do exercício, fisiologia do movimento, ciências do movimento humano, bioquímica.

\*\*\* Crescimento e desenvolvimento, psicologia, integração latino-americana, ciências médicas, ciências da saúde, desenvolvimento regional, distúrbios da comunicação.

A busca por capacitação pelos fisioterapeutas levou o COFFITO a emitir títulos de Especialistas nas áreas de Traumato-Ortopedia Funcional, Neuro-

Funcional, Acupuntura, Respiratória, e Osteopatia e Quiropraxia. Porém, apenas 16,7% dos fisioterapeutas pesquisados tinham alguma dessas titulações.

No que se refere à instituição formadora, a maioria, 74,7%, graduaram-se na UFSM, 10,2% formaram-se na Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), 6,6% na UNIFRA, e 4,8% em outras instituições. Em relação à participação em associações de classe, apenas 31,7% referiram participar de alguma delas, e a maioria dos que participavam (70%) procuravam a entidade local, a AFISM.

Os dados sobre a formação em nível de pós-graduação revelam que 63,5% dos participantes cursaram a especialização, e 7,5% deles cursaram duas. Entre os anos de 2001 e 2005, uma parcela significativa dos fisioterapeutas (38,7%) a realizaram, superando as três décadas anteriores, o que aponta para a inserção da pós-graduação como parte fundamental do processo de formação dos fisioterapeutas. As áreas da especialização são diversas, destacando-se a músculo-esquelética, com capacitação de 31,5% dos fisioterapeutas e 53% deles especializaram-se em traumato-ortopedia. As outras áreas mais referidas foram as de saúde pública (11,7%), respiratória (11,7%) e dermato-funcional (9,1%). Aparecem, ainda, duas áreas mais novas – a osteopatia e a uro-ginecologia –, que estão se inserindo no contexto de trabalho dos fisioterapeutas com grandes perspectivas de crescimento. A acupuntura, apesar de não ser propriamente uma área de atuação, também apresentou crescimento no número de fisioterapeutas com ela envolvidos.

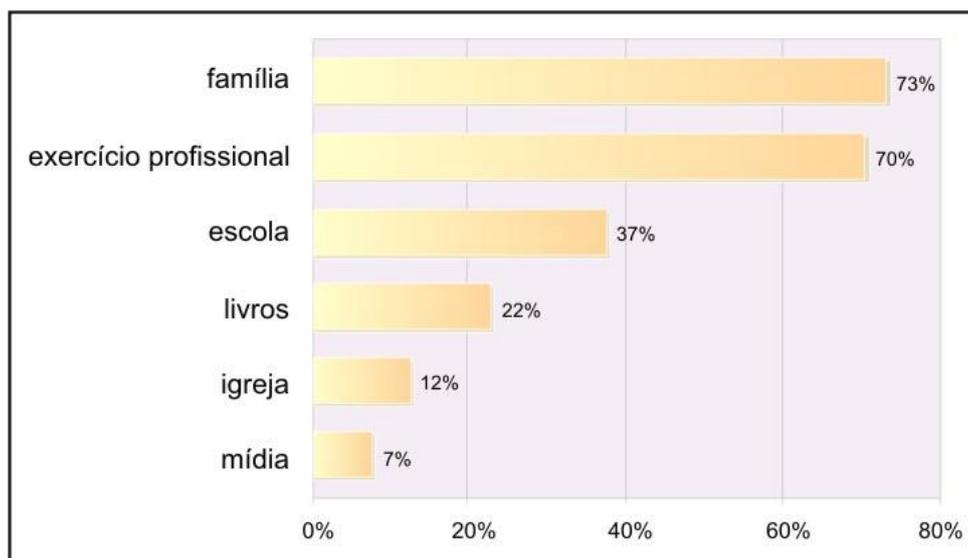
A realização do curso de mestrado foi referida por 33 fisioterapeutas, e 67,7% deles o realizaram a partir do ano 2000. A área de ciências básicas foi a mais procurada, talvez pela maior oferta de cursos. Encontraram-se 11 fisioterapeutas com doutorado realizado nas áreas de ciências da saúde e, entre esses, apenas um teve sua formação na década de noventa.

No que se refere à correlação entre formação em saúde coletiva/pública e atuação profissional dos fisioterapeutas, observou-se que, entre aqueles com capacitação nessa área, apenas quatro dos especialistas e dois dos mestres estavam inseridos em ações comunitárias. Dos 44 fisioterapeutas que trabalhavam em serviços públicos de saúde, apenas 11 tinham capacitação em saúde coletiva/pública. Esses dados demonstram que, embora os fisioterapeutas se interessem em capacitar-se nessa área, isso não garante sua atuação na mesma. Além disso, não

existe uma política expressiva do sistema de saúde público local para absorver esses profissionais.

Os fisioterapeutas pouco se envolvem com suas entidades representativas. Porém, no Código de Ética dos Fisioterapeutas,<sup>22</sup> Cap. III, os Art. 17 e 18 tratam, respectivamente, da atuação dos fisioterapeutas nos órgãos de classe e do dever desses profissionais de pertencer a, no mínimo, a uma entidade associativa. Battisti e Quirino<sup>23</sup> sugerem que a palavra “dever”, que aponta para a obrigatoriedade, poderia ser substituída por “recomendável”, já que a Constituição Federal, Art. 8, refere que a associação profissional é de livre vínculo.

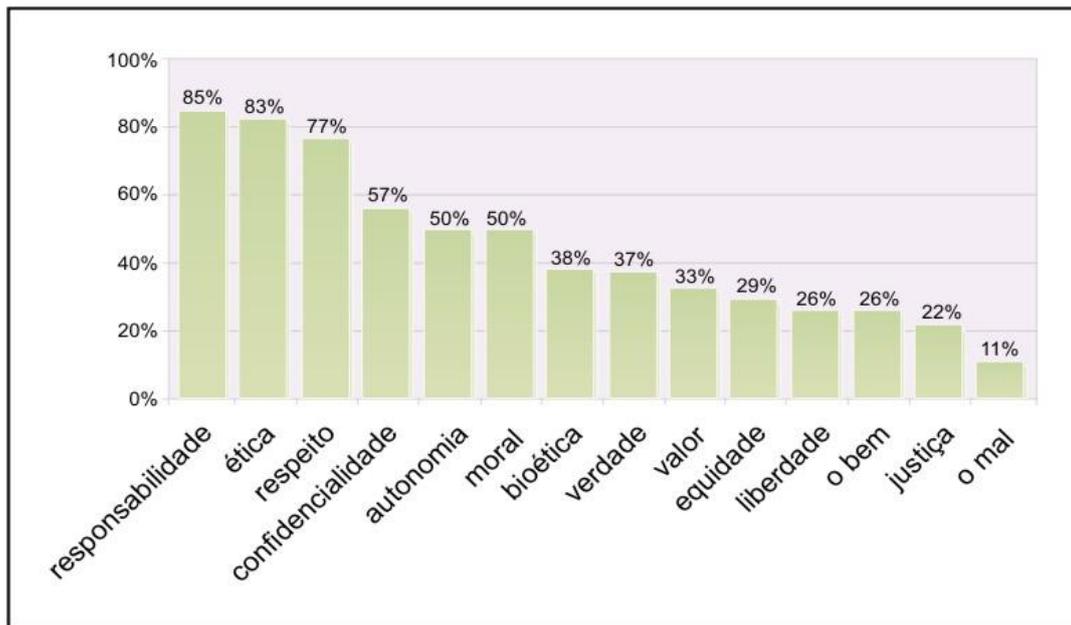
Na Figura 1, apresenta-se a origem dos conhecimentos sobre ética mencionados pelos fisioterapeutas. A família apareceu como a principal fonte de informações nesse campo, seguida pelos desafios decorrentes do exercício profissional. A escola apareceu em terceiro lugar, com a metade da representação da família.



**Figura 1: Frequência da origem dos conhecimentos sobre ética dos fisioterapeutas.**

Na Figura 2, apresentam-se os termos relacionados à ética mencionados como os mais discutidos durante a graduação. Os principais temas mencionados foram a responsabilidade (85%), a ética (82,6%) e o respeito (76,6%); na seqüência apareceram a confidencialidade (57%), a autonomia (50%) e a moral (50%); já a bioética e a verdade foram mencionadas por cerca de 37,5% dos fisioterapeutas. Os

dados apontam para o fato de que a universidade não é a principal responsável pela formação ética dos fisioterapeutas, apesar de esta questão estar entre as mais abordadas na graduação, ao lado da responsabilidade e do respeito. Diuref,<sup>26</sup> ao observar programas curriculares de fisioterapia e da terapia ocupacional, também constatou a ausência do desenvolvimento moral na formação desses estudantes.



**Figura 2: Frequência dos termos relacionados com a ética, estudados na graduação**

Vários autores insistem na necessidade de se preparar os fisioterapeutas para enfrentarem os conflitos éticos que as mudanças no perfil epidemiológico da saúde estão provocando neste novo século.<sup>6,7,9,26,27,28,29,30</sup> O ensino da ética é preconizado tanto para otimizar a prática clínica com responsabilidade, como para desenvolver o reconhecimento da importância da análise crítica sobre os dilemas éticos e morais durante as práticas profissionais cotidianas.

A vulnerabilidade da profissão pode ser apontada a partir de fatores confirmados pelos resultados deste estudo: - aumento desordenado da oferta de cursos de graduação, o que pode estar prejudicando a qualidade do ensino da fisioterapia; crescimento exponencial de egressos a cada ano, vindo a comprometer a autonomia profissional; - inserção marginal no mercado de trabalho, o que leva à inexistência de vínculo empregatício; - ausência de uma política pública para a

inserção desses profissionais no sistema de saúde, o que traz prejuízos para a população; - carência de estudos sobre o perfil profissional dos fisioterapeutas, o que impede um planejamento eficaz em saúde das ações fisioterapêuticas. Todos esses fatores envolvem um comprometimento ético de todos os envolvidos com a assistência à saúde da população.

A ética ocupa, cada vez mais, espaços importantes nas discussões em saúde e na formação de profissionais. O fortalecimento de uma classe passa pela formação ética abrangente e inclusiva, por meio da qual o profissional seja estimulado a assumir postura autônoma, que deverá ser adotada mediante fundamentação científica e não apenas pela convicção de um ideal.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram para a realização desse estudo, pois sem a colaboração dos colegas fisioterapeutas, a ajuda de profissionais de outras áreas de conhecimento e o apoio do CREFITO-5-RS, este estudo não seria possível.

### **4.3 Referências Bibliográficas**

1. Sanches E. Historia da fisioterapia no Brasil e no mundo. Rev Atualização Bras de Fisioter. 1984: p.29-36.
2. Novaes RRJr. História da profissão. [acesso em 2006 maio 05] Disponível em: <http://www.infonet.com.br/fisioterapia/historia.htm>.
3. Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2002.
4. Rocha VM et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. XVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia da ABENFISIO. [Documento]. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia. ABENFISIO. Canela/RS. 07 a 09 de junho, 2007. [acesso em 2008 mar 20] Disponível em: <http://www.afism.com.br>

5. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES, 19 fev. 2002. Diário Oficial, Brasília, DF, nº 42, seção 14 mar.2002. (Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia). Disponível em:  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
6. Mourey F. Éthique clinique et masso-kinésithérapie. *Kinesither Rev.* 2006; (55): 4-14.
7. Guerra IS. Ética e fisioterapia: o consentimento informado. Boletim informativo Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. 2008 jan;(1):4-7. [acesso em 2008 abr 02] Disponível em:  
<http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Janeiro08.pdf>.
8. Pegoraro OA. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis, RJ: Vozes;2002.
9. Marec LF. Morale, éthique et déontologie em kinésithérapie, tentatives de définition. *Kinesither Rev.* 2007; (64):43-6.
10. OPAS-OMS. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Internacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Cotta M et cols. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2006;15(3): 7-18.
12. Badaró AFV, Beck CLC, Teixeira MRC, Dalmolin TGD. Investigação da força de trabalho dos enfermeiros e dos fisioterapeutas de Santa Maria - RS. [monografia]. Santa Maria-RS: Universidade Federal de Santa Maria. Curso de Especialização em Saúde Coletiva, 1990.
13. Trelha CS et al. Perfil demográfico dos fisioterapeutas da cidade de Londrina, PR. *Salusvita.* 2003;22(2):247-256.
14. Altamiranda EEF. Aspectos sociológicos da fisioterapia na saúde catarinense. *Fisioterapia Brasil.* 2003 mai/jun.;4(3):168-172.
15. Marangoni EB et al. Análise do perfil profissional dos fisioterapeutas em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e particulares da zona sul da cidade de São Paulo. *Reabilitar.* 2005 abr-jun.; 7(27):11-16.
16. Santa Maria – RS. Aspectos sociais. [acesso em 2008 mar 15] Disponível em:  
[www.santamaria.rs.gov.br?secao=perfil\\_sociais](http://www.santamaria.rs.gov.br?secao=perfil_sociais)
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos. Brasília: 1996, 20 p.
18. - Chevan J, Chevan A. A statistical profile of physical therapists, 1980 and 1990. *Physical Therapy.* 1998 march; 78(3):301-312.
19. APTA. American Physical Therapy Association: Research: Demographics, junho 2007. Disponível em:

<http://www.apta.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

20. MacMahon M, Stiler K, Trott P. The prevalence of thumb problems in Australian physiotherapists is high: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2006; 52:287-292.

21. Moreira MCN. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. *Rev. latino-am. enfermagem*. 1999 jan; 7(1):55-65.

22. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia. Código de ética dos Fisioterapeutas. Disponível em:

[www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) - Fisioterapia – legislação.

23. Battisti M, Quirino G. Ética do cuidado: código de ética comentado da fisioterapia e da terapia ocupacional. São Paulo: Musa; 2006. 229 p.

24. Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos. Sistema COFFITO/ CREFITO; Associação Brasileira de Fisioterapia; 1998.

25. FENAFITO. Federação Nacional de Fisioterapia e terapia ocupacional. Dispõe sobre referencial de honorários fisioterapêuticos.

26. Dieruf K. Ethical Decision-making by Students in Physical and Occupational Therapy. *J Allied Health*. 2004;33(1):24-30.

27. Purtilo R. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Phys Ther*. 2000 Nov; 80(11):1112.

28. Renner AF, Goldin JR, Prati FM. Dilemas éticos presentes na prática da Fisioterapia. *Rev Bras Fisiot*. 2002; 6(3):135-138.

29. Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). *Phys Ther*. 2002 Jul; 82(7): 692.

30. Triezenberg H, Davis C. Beyond the code of ethics: educating Physical therapists for their role as moral agents. *Phys Ther*. 2000; 14(3):48-58.

## **CAPÍTULO V**

### **O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA REVELADO NA PRÁXIS DOS FISIOTERAPEUTAS**

THE PRINCIPLE OF BENEFICENCE REVEALED IN THE PRAXIS OF PHYSICAL  
THERAPISTS

Ana Fátima Viero Badaró <sup>1</sup>

Dirce Guilhem <sup>2</sup>

Título condensado: BENEFICÊNCIA E PRÁXIS FISIOTERAPÊUTICA

<sup>1</sup> Doutoranda – UnB. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi evidenciar, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, os elementos éticos e bioéticos que dizem respeito ao princípio da beneficência, da teoria principialista.

**Metodologia:** A pesquisa do tipo qualitativa foi realizada por meio de entrevistas com 26 fisioterapeutas, selecionados intencionalmente, de acordo com a área, o local e os níveis de atuação. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática para a interpretação e discussão dos resultados.

**Resultados:** Os dados coletados apontaram que os fisioterapeutas realizam as atividades profissionais pautando-se na benevolência, na beneficência e no princípio da beneficência, caracterizados pela preocupação com o cuidado das pessoas. Além da objetividade requerida para o desenvolvimento da assistência, esse cuidado ocorre frequentemente de forma subjetiva, por meio da observação e análise das reações dos pacientes. A assistência prestada destacou-se pelo uso da tecnologia em diferentes níveis de complexidade e pela sensibilidade criativa desses profissionais na elaboração dos procedimentos fisioterapêuticos.

**Conclusão:** Na sua prática profissional, os fisioterapeutas demonstraram respeito pelos aspectos éticos normativos da profissão, que são usados em benefício do paciente. Entretanto a atenção está voltada para os problemas de saúde do indivíduo desconsiderado em sua integralidade. A tendência a ações paternalistas ainda prevalece. Pôde-se observar que as tentativas de superação desse modelo é crescente, configuradas na atenção respeitosa aos direitos e às decisões autônomas dos pacientes e também na atenção global ao indivíduo.

**Descritores:** Bioética; Beneficência; Fisioterapia (Especialidade); Prática Profissional.

## ABSTRACT

**Objective:** the aim of this study was to point out, in the thinking and in the acting of physical therapists, the ethical and bioethical elements regarding the principle of beneficence according to the principlism theory.

**Methods:** The qualitative research was carried out through interviews with 26 physical therapists selected deliberately, according to the clinical area, the place and levels of performance. The technique thematic content analysis was used to interpret and discuss the results.

**Results:** the collected data showed that physical therapists do their professional activities based on benevolence, beneficence, and on the beneficence principle, which are characterized by the concern on people's care. In addition to the objectivity required for the assistance development, this care often occurs in a subjective way, through observation and analysis of the patients' reactions. The assistance delivered stood out not only by the use of technology in different levels of complexity but also by the creative sensitivity of these professionals when devising the physical therapy procedures.

**Conclusion:** In their professional practice, the physical therapists showed respect for the normative ethical aspects of the profession, which are used to benefit the patient. However, attention is only directed to the person's health problems, and not to the person as a whole. There is still a tendency to paternalist actions. It was possible to observe that attempts to overcome this model are increasing, configured in the respectful attention to the patients' rights and autonomous decisions as well as in the global attention to the person.

**Key words:** Bioethics; Beneficence; Physical Therapy (Specialty); Professional Practice.

## INTRODUÇÃO

As práticas em saúde têm suas ações fundamentadas em um antigo princípio que é o de fazer o bem ao paciente. Esse bem é interpretado de formas distintas, de acordo com o momento histórico, conforme quem o realiza e as pessoas que dele usufruem. Na área da saúde, as possibilidades de praticar o bem evoluíram de um modelo paternalista para o reconhecimento da autonomia das pessoas em relação ao processo de tomada de decisão sobre o que é melhor para elas. O paternalismo impõe aos pacientes a concepção dos profissionais acerca do benefício, sem considerar o que aqueles pensam ou desejam, impossibilitando-os de decidirem sobre as práticas assistenciais a que serão submetidos. A autonomia, em contraposição a essa postura, requer a obtenção do consentimento livre e esclarecido para se submeter o paciente a qualquer procedimento.<sup>1,2</sup>

Apesar da inserção dos direitos dos pacientes, defendidos na atualidade, ainda predomina na prática da assistência à saúde das pessoas a utilização do modelo paternalista. Diante dessa dualidade que envolve o fazer o bem, o objetivo deste estudo foi evidenciar, na práxis dos fisioterapeutas, os elementos éticos e bioéticos, considerados a partir do princípio da beneficência. Esse princípio junto com a autonomia, a não-maleficência e a justiça configuram a teoria principialista da bioética para nortear a prática dos profissionais da saúde.

Este estudo é parte da pesquisa que investigou os princípios éticos e bioéticos na práxis dos fisioterapeutas, por meio de entrevistas, com profissionais da cidade de Santa Maria, do estado do Rio Grande do Sul. Os dados apresentados são recortes dessas entrevistas, no que diz respeito ao princípio da beneficência relacionado com as ações assistências dos fisioterapeutas em sua práxis profissional.

Neste texto apresentam-se, inicialmente, as características desses profissionais, define-se o que vem a ser a práxis e discorre-se sobre o princípio da beneficência. Foi incluída, ainda, uma abordagem sobre a cura, uma vez que esta está presente nas ações de saúde. Os resultados são as reflexões realizadas a partir da análise do discurso dos fisioterapeutas, e as conclusões são ponderações entre esse discurso e o princípio da beneficência.

## **1 Os profissionais fisioterapeutas**

Os fisioterapeutas são profissionais da saúde, habilitados a prestar assistência no campo da fisioterapia, em todos os níveis de prevenção, promoção, atenção e reabilitação, com responsabilidade sobre os processos de avaliação, prescrição, realização e acompanhamento das pessoas sob seus cuidados. O objeto de estudo dessa categoria profissional engloba o movimento humano, os cuidados com a postura corporal e as atividades do homem, considerando-se as variáveis relacionadas com a sua funcionalidade.<sup>3</sup>

A formação dos fisioterapeutas compreende predominantemente a aquisição de conhecimentos provenientes de diversas áreas das ciências biológicas, outras das ciências humanas e algumas das ciências exatas.<sup>3</sup> São consideradas áreas de atuação da fisioterapia: a) a fisioterapia clínica, que envolve a assistência prestada em hospitais e clínicas, em ambulatórios, em consultórios e em centros de reabilitação; b) a saúde coletiva, no desenvolvimento de programas institucionais, ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária; c) a educação, no que se refere ao exercício da docência (níveis secundário e superior), às práticas de extensão, de pesquisa, de supervisão técnica e administrativa e de direção e coordenação de cursos; e d) outras, como na indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico e esportivo.<sup>4</sup>

## **2 O conceito de Práxis**

Práxis é aqui entendida para além da união entre a teoria e a prática. É parte histórico-social e também ação prática emancipadora do homem, abrindo-lhe inúmeras possibilidades. O trabalho humano é a práxis fundamental, que consiste na prática concreta capaz de promover a produção permanente de novos conhecimentos. Os indivíduos se transformam quando, por meio da compreensão do seu labor prático, produzem conhecimento e mudam a realidade. A práxis tem sua fundamentação teórica em George Hegel e Karl Marx e é considerada como atividade humana real, efetiva e transformadora.<sup>5,6</sup>

Os fisioterapeutas fundamentam sua práxis em conhecimentos relacionados com o movimento corporal e as suas diversas implicações, de forma a garantir sua

funcionalidade. Assim, a prática desses profissionais deixa de ser apenas execução técnica para se transformar em práxis.

### **3 O princípio da beneficência explicitado na assistência fisioterapêutica**

Ao apresentar o princípio da beneficência, Tom Beauchamp e James Childress o fazem, inicialmente, distinguindo-o dos conceitos de beneficência e de benevolência.<sup>2</sup> O conceito de beneficência é considerado, em um sentido amplo, como todas as formas de ação para beneficiar outras pessoas; envolve atos de compaixão, bondade e caridade. Já a benevolência é o caráter ou a virtude manifestada em ações que beneficiem os outros. Distintamente dessas concepções, o princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, ou seja, de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes. Assim, as ações que envolvem a beneficência são de caráter opcional e as do princípio da beneficência são obrigatórias.

O princípio da beneficência apresenta-se em dois subprincípios: o de prover benefícios, o qual é denominado beneficência positiva; e o de ponderar entre os benefícios e os danos, denominado utilidade.<sup>2</sup> Neste princípio, encontra-se o da não-maleficência, mas alguns autores preferem separá-los. De qualquer modo, ambos, beneficência e não-maleficência, vêm orientando a prática médica, desde a antigüidade, na busca de fazer o bem.<sup>7</sup>

Na tradição médica ocidental, o papel social do médico foi caracterizado pela obrigação da beneficência. Algumas profissões são éticas por implicar uma maneira de agir particularmente vinculada ao bem público. No caso das profissões da área da saúde, busca-se o bem de quem sofre, seja quem for, em qualquer circunstância.<sup>7,8</sup> O princípio da beneficência regula as instâncias éticas das profissões da saúde e estrutura a deontologia profissional.<sup>9</sup>

Todo o processo terapêutico, desde o recebimento do paciente até o seu desligamento do setor de fisioterapia, passando pelo controle da avaliação, da prescrição, do emprego dos procedimentos e das reavaliações, está normatizado nas leis que definem a profissão, no Código de Ética dos Fisioterapeutas<sup>10</sup> e nas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em fisioterapia.<sup>11</sup>

O Código de Ética dos Fisioterapeutas, em seu Art. 2º, refere que “o fisioterapeuta zela pela provisão e manutenção de adequada assistência ao cliente”.<sup>10</sup> Mario Battisti e Gustavo Quirino referem que o sentido de zelo, nele referido, vem da idéia de cuidado, sendo apontado como obrigação moral do profissional.<sup>12</sup>

No referido artigo, estão inseridas duas obrigações profissionais: a provisão e a manutenção da assistência em fisioterapia. Segundo Battisti e Quirino, a palavra provisão denota o dever dos fisioterapeutas de manterem adequadamente os equipamentos necessários para o seu trabalho. Isso demanda a responsabilidade desses profissionais de possibilitar condições propícias para o melhor tratamento das pessoas, por meio de técnicas e equipamentos eficazes, pois o contrário causaria prejuízos aos pacientes. A manutenção refere-se à obrigatoriedade, imposta ao profissional, de zelar por esses instrumentos. Trata-se do controle, da conservação e da qualidade dos equipamentos utilizados. A não efetivação dessa manutenção configura-se em omissão profissional. Na legislação civil, a ausência dessas observações constituem ato ilícito, passível de indenização.<sup>12</sup>

Observa-se, por essa análise, que a orientação do Código de Ética dos Fisioterapeutas caracteriza-se pelo princípio da beneficência na busca para regular as ações profissionais. Tem enfoque curativista, voltado para o controle da manutenção dos equipamentos utilizados na terapêutica. Deixa de lado os aspectos humanos que envolvem a assistência; não há menção à sensibilidade e à vontade do paciente, tampouco ao esclarecimento deste quanto à qualidade dos equipamentos, embora o paciente deva ser informado sobre o seu controle e condições de uso.

O emprego de procedimentos fisioterapêuticos deve estar vinculado ao princípio da beneficência, fundado no objetivo de melhorar a saúde das pessoas, de diminuir a dor, de recuperar processos incapacitantes e de prevenir agravos ou seqüelas. Também deve ser considerado o princípio da não-maleficência, ao se evitar que as pessoas, sob os cuidados desses profissionais, sejam prejudicadas, direta ou indiretamente, por ações terapêuticas equivocadas ou negligenciadas.

#### 4 Sobre a cura

Conforme os dicionários consultados em língua portuguesa, “cura” é conceituada como ação ou efeito de curar, tratamento e/ou restabelecimento da saúde, ou ainda como melhora, regeneração. Nesse sentido, a cura nos remete ao tratamento; já o tratamento nos remete à doença; e a doença, à saúde. Entretanto, como saúde implica cuidados, do ponto de vista da melhora, ela nos remete novamente ao conceito de cura. Portanto, cura e saúde são conceitos que estão intimamente relacionados.

E o que vem a ser saúde? Ela foi definida em 1946, pela Organização Mundial de Saúde (OMS-ONU) como “um estado de bem-estar total, corporal, espiritual e social, e não apenas inexistência de doença ou fraqueza”.<sup>13</sup> Este conceito é irreal e ultrapassado. Leonardo Boff o contesta por limitar-se à possibilidade de uma experiência sem dor e sem morte e desconsiderar que, além das virtualidades, a vida envolve finitude e mortalidade.<sup>14</sup> Esse autor considera que:

Saúde e cura designam o processo de adaptação e de integração das mais diversas situações nas quais se dá a saúde, a doença, o sofrimento, a recuperação, o envelhecimento e o caminhar tranqüilo para a grande passagem da morte.<sup>14:144</sup>

Ele relaciona, ainda, o acontecimento da cura à conquista de um novo equilíbrio adquirido pelas pessoas.

O paradigma cientificista dominante da saúde foi determinado pelo modelo flexeriano, centrado no biologismo, o qual pressupõe que as doenças, suas causas e conseqüências são exclusivamente de natureza biológica. Nesse modelo, os determinantes econômicos e sociais do processo de causa-ação de saúde foram sumariamente excluídos. A cura é enfatizada no tratamento das partes doentes pela química dos remédios, sem considerar o todo humano. Ao se compreenderem os mecanismos biológicos envolvidos em uma lesão, limitada a parte do corpo envolvida, deixam-se de fora as influências não biológicas sobre o processo saúde-doença. As ações e o trabalho na saúde estão direcionados para a doença e não propriamente à saúde da população.<sup>3,15,16</sup>

Uma nova concepção de saúde pressupõe uma visão do indivíduo na sua integralidade física em um contexto biopsicossocial. Todavia, as ações embasadas

nessa nova concepção limitam-se a criticar as posturas tradicionais, demonstrando-se, na prática, incapacidade de superá-las.

Na fisioterapia, a atenção à doença ainda é uma realidade predominante, e “atenuar sofrimento, recuperar condições de saúde ‘perdidas’ e reabilitar o indivíduo para a realização de certas atividades são as três grandes categorias de atividade profissional que se implantaram e permaneceram como ‘definição’ da atuação em fisioterapia”.<sup>3:20</sup> O exercício dessa profissão foi orientado para resolver as situações de saúde relacionadas à recuperação da perda da funcionalidade corporal, por meio do uso de técnicas e produtos direcionados para o tratamento de indivíduos, e não para a saúde da população, enfatizada no processo curativo e reabilitador das ações em saúde.<sup>3</sup>

## **5 Metodologia**

Este é um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas de campo. Os entrevistados foram selecionados após a identificação prévia dos fisioterapeutas que atuavam na cidade de Santa Maria (RS), no final do segundo semestre de 2007. De acordo com os grupos identificados, procurou-se manter a equivalência dos participantes entre as principais áreas de atuação dos fisioterapeutas: a neuromuscular, a musculoesquelética e a cardiorrespiratória. Consideraram-se também, para essa seleção, os locais de trabalho desses profissionais. A escolha dos participantes foi realizada de forma intencional, compondo-se duplas para as entrevistas entre aqueles profissionais que atuavam na mesma área ou na mesma atividade, como a docência, a participação em associações de classe e administração de curso e, de preferência, entre os que trabalhavam no mesmo local. Buscou-se contemplar, entre os entrevistados, os níveis de atuação em internação, ambulatórios, consultórios, clínicas e domicílios.

A realização das entrevistas foi precedida por explicação prévia dos seus objetivos, dos procedimentos (gravação, transcrição e descarte) e da apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de se iniciarem as entrevistas, propiciou-se aos participantes a leitura prévia de dois recortes de textos sobre bioética. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado, que foi

disponibilizado aos entrevistados para o acompanhamento das questões, permitindo o direcionamento da investigação.

Foram garantidos o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações, de acordo com as exigências éticas. A pesquisa pautou-se pelas diretrizes preconizadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>17</sup> e nas normativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto no CEP-UFSM.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privado, com a presença dos dois fisioterapeutas entrevistados e da entrevistadora. Sua duração foi em média de cinquenta minutos. Após, elas foram transcritas e codificadas (E1 a E13), considerando-se, para cada dupla de entrevistados, uma entrevista.

Para a análise das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, por meio de categorização temática. A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que dispõe de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam às diversas formas de discurso, ou seja, a toda comunicação que implica transferência de um emissor a um receptor. Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a mais utilizada é a análise por categorias, a qual, segundo Roberto Richardson, “baseia-se na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos”.<sup>18:243</sup>

Para a análise temática, foram isolados temas do discurso dos entrevistados referentes às suas práticas que caracterizassem o princípio da beneficência, suas relações e mediações. Posteriormente, procedeu-se à interpretação e discussão.

## **6 Resultados e Discussão**

Os resultados referentes aos questionamentos sobre os aspectos relacionados ao princípio da beneficência foram selecionados e categorizados em dois eixos temáticos: a determinação de procedimentos fisioterapêuticos e a responsabilidade pela cura. Esses temas estão esquematizados no Quadro 1 e são apresentados a seguir.

Para determinar o tratamento fisioterapêutico aos pacientes, os fisioterapeutas consideram o diagnóstico e a avaliação do paciente, verificam os

objetivos do paciente em relação a sua doença e consideram a situação e o contexto em que se encontra o paciente naquele momento.

Para certificarem-se de que o tratamento que empregam traz benefícios ao paciente, os fisioterapeutas foram unânimes em referir que o fazem por meio do acompanhamento da evolução do caso e por questionamento direto ao paciente. Buscam, dessa maneira, conhecer a interpretação dos pacientes acerca da evolução do seu quadro clínico, em decorrência do tratamento a que estão submetidos. Isso é exemplificado com a seguinte resposta:

*(...) o próprio paciente vai te dizendo como é que ele está evoluindo. (...) o paciente faz a primeira avaliação, começamos a tratar e vamos observando, vamos vendo onde pode melhorar (...) como ele vai indo num todo (...) ele vai sempre dando respostas para as perguntas que tu vais fazendo, para tu veres como está sendo o teu tratamento, se está atingindo realmente o que tu queres.<sup>(E2)</sup>*

Categorização Temática	
<b>1. Determinação de procedimentos fisioterapêuticos</b>	1.1 Diagnóstico clínico
	1.2 Avaliação Fisioterapêutica - objetiva: exames clínicos complementares e testes fisioterapêuticos - subjetiva: questionamentos ao paciente, observação da expressão corporal, comportamentos
<b>2. Responsabilidade pela Cura</b>	2.1 Dúvidas sobre a existência da cura
	2.2 Abrangência da cura: crença, religiosidade, transformação pessoal, complexidade de fatores.

### Quadro 1: Discriminação dos eixos temáticos

Os fisioterapeutas referiram que, além desse questionamento, observam, ainda, a expressão gestual e corporal do paciente, como o sorriso, o olhar, a posição do corpo, a funcionalidade do movimento adquirido e a reorganização da postura corporal. Através das manifestações dessas expressões, verificam como o paciente reage ao tratamento, se a proposta terapêutica é realmente aquela que ele necessita e se a eficácia dos procedimentos realizados é a desejada. Dessa forma eles avaliam se o trabalho realizado traz resultados eficazes, conforme verbalizado nessa entrevista:

*(...) a reação dele no dia-a-dia; até quando ele entra na sessão; a maneira dele dar um oi, dar um bom dia, a maneira que ele entra na sala, de cabeça baixa ou não; às vezes ele pode até não falar que está sendo positivo, mas a gente nota.<sup>(E6)</sup>*

Outro fator de avaliação apontado foi o comportamento do paciente no que se refere a sua aceitação ao tratamento, ao seu retorno às sessões de fisioterapia, à intensidade do vínculo formado com o terapeuta, à conseqüente melhora da sua qualidade de vida e, também, à satisfação demonstrada pelo paciente. Na assistência domiciliar, os fisioterapeutas relataram observar ainda a diminuição da dependência familiar e da sobrecarga do cuidador. Todos esses fatores indicam a importância que tem a avaliação subjetiva para acompanhar a eficácia do tratamento proposto, conforme demonstra a seguinte verbalização:

*– Quando os pacientes são mais debilitados, aí o meu termômetro é o cuidador, quando ele começa a tirar um pouco da sobrecarga do cuidador é porque aquilo que eu estou fazendo está funcionando; porque no atendimento domiciliar, às vezes, tenho que dar mais atenção ao cuidador do que ao paciente e, à medida que o cuidador vai ficando mais feliz, mais tranquilo, sentindo menos dor, é porque o tratamento está funcionando.<sup>(E7)</sup>*

Dessa forma, a avaliação subjetiva subsidia muito a avaliação objetiva. Nesta, o exame e a evolução do paciente são sistematicamente realizados por meio de recursos tecnológicos de diferentes níveis de complexidade. Na área musculoesquelética foram apontados a utilização do goniômetro para a mensuração do grau de amplitude articular do movimento e a realização de teste muscular para a verificação da força muscular adquirida. No ambiente hospitalar, mais especificamente na área de fisioterapia respiratória e no Centro de Terapia Intensiva (CTI), as avaliações objetivas dispõem de recursos tecnológicos mais complexos, como o controle dos exames clínicos, laboratoriais e de imagens.

Na área musculoesquelética, as ações terapêuticas são assumidas individualmente pelos fisioterapeutas, enquanto na área respiratória, o controle da terapêutica é de responsabilidade de uma equipe, como no caso da CTI, e está mais subordinada aos médicos, como na internação. A diferença dos recursos utilizados para as avaliações fisioterapêuticas, nessas áreas, é que, na primeira, eles estão limitados à opção terapêutica dos profissionais, já, na segunda, envolvem recursos mais avançados e imprescindíveis, pois, do contrário, podem colocar em risco a vida dos pacientes.

Diante das respostas apresentadas pelos entrevistados, pode-se afirmar que o princípio da beneficência é um fator de relevância nos cuidados assistenciais prestados pelos fisioterapeutas, e o respeito a esse princípio é verificado pela utilização de recursos diversos, objetivos e subjetivos, para se avaliar e acompanhar a evolução do tratamento empregado. Os fisioterapeutas ainda recorrem a sua própria sensibilidade para ponderarem sobre as dificuldades encontradas para a tomada das decisões terapêuticas. Na Figura 1, apresenta-se esquematicamente essa relação.



**Figura 1: Sensibilidade do profissional na ponderação acerca das avaliações e do comportamento dos pacientes, na atuação da fisioterapia.**

Ao se questionar a quem cabe a responsabilidade da cura, detectaram-se divergências no entendimento dos entrevistados sobre o conceito de cura. Alguns acreditam na possibilidade de cura, outros não, questionando:

– o que é cura?<sup>(E6)</sup>

– *existe cura?*<sup>(E3)</sup>

Houve também quem deslocasse a responsabilidade da cura para a religião, ao referirem:

– *eu não curo ninguém (...) não acredito em cura, só Deus cura.*<sup>(E11)</sup>  
 – *a cura é de Deus.*<sup>(E9)</sup>

Observaram, também, que a cura não implica a eliminação do problema ou na recuperação total. A cura envolve mudanças na vida das pessoas. Qualquer transformação que ocorra com a pessoa, em decorrência do tratamento a que se propõe, determina uma forma de cura. As seguintes falas representam claramente essa visão de cura mais ampliada:

– *a responsabilidade pela cura é uma pergunta bem artilosa, porque “cura” depende de fatores emocionais, psicológicos, físicos e psicossociais.*<sup>(E1)</sup>  
 – *a gente consegue a cura, ou o restabelecimento, só em ter um contato mais íntimo, ouvindo primeiro.*<sup>(E5)</sup>  
 – *se houver qualquer transformação ela é uma forma de cura.*<sup>(E12)</sup>

Diante do exposto, pode-se considerar que a cura tem um conceito amplo que implica concepções diferenciadas entre esses profissionais. Provavelmente, as concepções de cura trazidas pelos fisioterapeutas têm origem cultural, filosófica ou religiosa e revelam características da sua formação acadêmica. Esses profissionais partem de uma concepção de saúde fragmentada, imposta pela estrutura educacional da sua formação, pela organização do sistema de saúde vigente e também pelo contexto cultural da população, que ainda está centrada no tratamento das queixas dos indivíduos.

## **7 Considerações Finais**

As concepções de saúde voltadas para a atenção global do indivíduo e a sua realidade social ainda carecem de um maior envolvimento dos profissionais da saúde. Observou-se, nas entrevistas, forte tendência paternalista nas práticas fisioterapêuticas. Esta tendência está introjetada nas normas éticas da profissão, com reflexos inevitáveis na prática desses profissionais. Os dados coletados apontaram que os fisioterapeutas realizam seu trabalho profissional pautando-se pelo princípio da beneficência, que se caracteriza pela preocupação com o cuidado

das pessoas. De acordo com essa concepção, fica demonstrado o grande respeito dedicado aos aspectos éticos normativos da profissão.

A assistência prestada utiliza-se da tecnologia, do momento da avaliação ao emprego de recursos terapêuticos, como também durante a evolução da terapia. Isso caracteriza a sua objetividade, a qual é permeada e, às vezes, suplantada pela subjetividade do controle terapêutico.

A despeito das mudanças ocorridas na concepção de saúde e na formação dos fisioterapeutas, direcionadas para a atenção global do indivíduo, a realidade desses profissionais é, ainda, predominantemente voltada para o cuidado das pessoas desconsideradas em sua integralidade. A tendência paternalista é, aos poucos, superada pela atenção respeitosa aos direitos e decisões autônomas dos pacientes. Os fisioterapeutas vêm se inserindo gradativamente nesse novo processo, acompanhando a evolução das propostas de saúde que levam em conta a totalidade do indivíduo e da população.

## 8 Referências Bibliográficas

1. Pegoraro AO. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomedical. São Paulo: ED. Loyola, 2005 p. 09-13.
3. Rebelatto J, Botomé S. Fisioterapia no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
4. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia. Disponível em: [www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) – Fisioterapia – legislação.
5. Gozzi G. Práxis. In: Diconário de política. Bobio R, vol. 2; 2005, 2ª edição p. 987-992.
6. Mance EA. Práxis da libertação e subjetividade. Revista de Filosofia, vol. 6, nº 7, p. 81-109, junho 1993. PUCPR-Curitiba.
7. Cortina A, Martinez E. Ética. Edições Loyola, São Paulo: 2005.
8. Lolas F. Bioética: o que é, como se faz? Edições Loyola, São Paulo: 2001.
9. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999.
10. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia. Código de ética dos Fisioterapeutas. Disponível em: [www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) – Fisioterapia – legislação.

11. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES, 19 fev. 2002. Diário Oficial, Brasília, DF, nº 42, seção 14 mar. 2002. (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia). Disponível em:  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
12. Battisti M, Quirino G. Ética do cuidado: código de ética comentado da fisioterapia e da terapia ocupacional. São Paulo: Musa; 2006, p. 229.
13. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública vol. 3, nº 5, p. 538-542, oct. 1997. São Paulo.
14. Boff L. Saber Cuidar – Ética do humano – Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ, Ed. Vozes, 1999.
15. Centurião C. Prevenção em fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no estado do Rio Grande do Sul. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria – Curso de Pós-Graduação em Educação. 1997.
16. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo. ED. Cultrix. 1999.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos. Brasília: 1996, p.20.
18. Richardson RJ et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

## **CAPÍTULO VI**

### **A AUTONOMIA PROFISSIONAL E OS DILEMAS ÉTICOS NA PRÁXIS DOS FISIOTERAPEUTAS**

**THE PROFESSIONAL AUTONOMY AND THE ETHICAL DILEMMAS IN THE PRAXIS  
OF PHYSICAL THERAPISTS**

Ana Fátima Viero Badaró <sup>1</sup>

Dirce Guilhem <sup>2</sup>

Título condensado: AUTONOMIA, DILEMAS E FISIOTERAPIA

<sup>1</sup> Doutoranda – UnB. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria.

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi evidenciar, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, os elementos éticos e bioéticos relacionados ao princípio da autonomia, na concepção da teoria principialista, bem como os dilemas éticos enfrentados no exercício da profissão.

**Método:** A pesquisa do tipo qualitativa foi realizada com 26 fisioterapeutas por meio de entrevistas em duplas. Os participantes foram selecionados intencionalmente de acordo com a área, o local e os níveis de atuação. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática para a interpretação e discussão dos resultados. As questões versaram sobre a relação entre a bioética e a fisioterapia, a priorização de procedimentos fisioterapêuticos, a competência para a prescrição e execução do tratamento e os dilemas éticos enfrentados na profissão.

**Resultados:** A análise das entrevistas apontou que a compreensão dos fisioterapeutas, no que diz respeito às questões éticas e bioéticas, relaciona-se ao cumprimento de normas éticas, com forte referência ao Código de Ética profissional. A estrutura do sistema de saúde, as relações de trabalho e a formação acadêmica impõem a esses profissionais limitações ao pleno exercício de sua autonomia, caracterizadas por dilemas nas relações intra e interprofissionais e terapeuta-paciente.

**Conclusão:** Fica evidente a necessidade de ampliar os estudos sobre esses temas, aumentando as discussões sobre a inserção da bioética na formação dos fisioterapeutas. Dessa forma será possível prepará-los para o enfrentamento de desafios éticos que permeiam a prática profissional, capacitando-os para o processo de tomada de decisões em situações conflituosas.

**Descritores:** Bioética; Autonomia; Fisioterapia (Especialidade); Prática Profissional.

## ABSTRACT

**Objective:** the aim of this study was to point out, in the thinking and in the acting of physical therapists, the ethical and bioethical elements regarding the principle of autonomy according to the principlism theory, as well as the ethical dilemmas faced in the professional practice.

**Methods:** The qualitative research was carried out with 26 physical therapists through interviews in pairs. The participants were selected deliberately, according to the clinical area, the place and levels of performance. The technique thematic content analysis was used to interpret and discuss the results. The questions were about the relationship between bioethics and physical therapy, the prioritization of physical therapy procedures, the competence for prescription and execution of the treatment, and the ethical dilemmas faced in the profession.

**Results:** the analysis of the interviews showed that the physical therapists' comprehension of ethical and bioethical issues is related to obeying ethical rules, with strong reference to the Code of Ethics. The structure of the health system, the work relationships and the academic education impose limitation on these professionals to fully exercise their autonomy. Such limitation is characterized by dilemmas in the intra and interprofessional relationships as well as in the therapist-patient ones.

**Conclusion:** It is evident the need to increase studies about these issues, generating more discussions about including bioethics in the physical therapists' education. This way, it will be possible to prepare them to face the ethical challenges that permeate the professional practice, and consequently, to enable them to make decisions in conflicting situations.

**Key words:** Bioethics; Autonomy; Physical Therapy (Specialty); Professional Practice

## INTRODUÇÃO

A autonomia, como princípio da teoria principialista, parte do entendimento de que a liberdade – compreendida como independência de influências controladoras – e a capacidade de agir das pessoas são condições essenciais para o processo de tomada de decisão no cuidado em saúde. A decisão autônoma dos indivíduos deve ser assegurada pelos profissionais, por meio de informações esclarecedoras e do estímulo à sua voluntariedade. O acesso a informações e o estabelecimento do diálogo em um contexto democrático tem como objetivo capacitar o paciente para adotar posição ativa, superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível sobre o procedimento a que deseja se submeter.<sup>1,2</sup>

Serão considerados dilemas éticos os conflitos vivenciados pelos profissionais de saúde no exercício da profissão. Em estudo realizado com fisioterapeutas que atuavam em unidades hospitalares, os principais dilemas éticos apontados relacionavam-se aos limites da atuação profissional e à falta de recursos. Emergiram, também, em menor escala, questões referentes à eficiência da terapia adotada e ao fato de não se revelar a verdade ao paciente. Os autores chamam a atenção, ainda, para o grande número (29%) de fisioterapeutas que não relataram haver se deparado com qualquer tipo de dilema, o que demonstra a necessidade de inserção de conteúdos sobre ética e bioética na formação desses profissionais.<sup>3</sup>

O objetivo deste estudo foi evidenciar, no pensar e no agir dos fisioterapeutas, os elementos éticos e bioéticos relacionados ao princípio da autonomia, na concepção da teoria principialista, bem como os dilemas éticos enfrentados no exercício da profissão.

### **1 O Princípio da autonomia**

A posição de autoridade dos profissionais da saúde e a condição de dependência dos pacientes geram muitos conflitos. Estes podem ocorrer tanto na ordem da relação terapeuta–paciente, como na esfera das relações intra e interprofissionais, principalmente quando se referem à organização dos cuidados

direcionados às pessoas e/ou que envolvam um trabalho de equipe. Muitas vezes a autonomia pessoal e a autoridade profissional são posturas incompatíveis, já que ocasionam conflitos de difícil solução.

A rejeição de ações médicas paternalistas promoveu a adoção do princípio da autonomia, por meio do reconhecimento de que os indivíduos são capazes de decidir sobre seu próprio bem e que, para tanto, devem ser consultados. Na história da medicina, o paternalismo médico, orientado pelo princípio da não-maleficência, impôs-se como obrigação de fazer o bem ao paciente. No entanto, limitou-se apenas à concepção de bem sob a ótica do profissional da saúde, desconsiderando a capacidade de decisão das pessoas enfermas.<sup>1,4,5</sup>

Por sua vez, a autonomia deve ser compreendida como o dever absoluto de respeitar a livre determinação das pessoas, contrapondo-se ao paternalismo sedimentado no campo da atenção em saúde. A autonomia está investida de grande legitimidade moral, pois, para serem autônomas, as pessoas devem possuir capacidade de compreensão, de raciocínio, de deliberação e de escolha independente. O entendimento sobre autonomia compreende os direitos individuais, a liberdade de eleição, a privacidade e a independência interferências externas.<sup>1,6</sup>

Tom Beauchamp e James Childress argumentam que a autonomia das pessoas pode estar limitada por diferentes fatores, como a presença de doenças, a ignorância, a coerção ou por outras restrições às suas opções pessoais.<sup>1</sup> No campo da saúde, a autoridade do profissional é uma forma de restrição à autonomia dos pacientes, em razão de sua condição de dependência aos cuidados requeridos. Esses autores afirmam que “respeitar um agente autônomo é no mínimo reconhecer o direito dessa pessoa de ter as suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais”.<sup>1:142</sup> Esse princípio tem a sua expressão máxima no consentimento informado (consentimento livre e esclarecido, no Brasil), que assegura os direitos do paciente e protege e promove sua autonomia. Respeitar o outro inclui o esforço para encorajá-lo e capacitá-lo para emitir sua opinião no que se refere aos próprios interesses.

A comunicação entre profissionais de saúde e pacientes deve evitar a ignorância que leva a escolhas realizadas por intimidação e deve suprir a falta de informação e compreensão. Este princípio aponta para o fato de que o ser humano é sujeito e protagonista de suas relações e de seus atos. As ações devem ser autônomas e frutos de decisão tomada em um contexto de liberdade.<sup>2</sup>

## 2 Fisioterapia: questões éticas e bioéticas

A fisioterapia é uma profissão que evoluiu rapidamente e com grandes perspectivas de crescimento, sendo considerada a profissão do século. Como outras profissões da saúde, a prática profissional engendra desafios de ordem moral, os quais são decorrentes de mudanças sociais e da utilização da tecnologia no cotidiano da profissão. Segundo Laura Swischer, essa evolução gerou maior autonomia dos profissionais no que se refere ao processo de tomada de decisões em saúde, mas trouxe, também, dilemas e responsabilidades éticas mais complexas.<sup>7</sup> A evolução da autonomia dos fisioterapeutas compreende a liberdade e a independência para efetuar e executar julgamentos profissionais.

A formação dos fisioterapeutas deve assegurar a consolidação de competências e habilidades específicas embasadas numa ciência eticamente responsável.<sup>8</sup> No entanto, parece difícil estabelecer correspondência com a prática cotidiana. A postura profissional para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) requer um profissional com formação generalista, crítica, reflexiva, capacitado para trabalhar em distintos níveis de atenção à saúde, o que implica também no respeito a princípios éticos e bioéticos. Laura Arruda assinala que se vive um momento de contradições entre o desenvolvimento notável da técnica e uma profunda crise da ética. Essa crise é evidenciada pela competição e pela quantidade, o que tem sido a regra dos meios de produção intelectual.<sup>9</sup> Nesse contexto de complexidade crescente, ser fisioterapeuta não significa apenas dominar teorias e técnicas para melhorar o quadro clínico do paciente, mas representa, sobretudo, contribuir com soluções para os problemas sociais.

Persiste ainda a necessidade de incluir o debate bioético nos cursos de Fisioterapia, uma vez que o respeito à dignidade do ser humano e o cuidado com a saúde dos pacientes são deveres inequívocos dos fisioterapeutas.<sup>10</sup> Essa não é uma tarefa fácil frente à persistente problemática relacionada à desmobilização dessa categoria profissional. É possível dizer que essa situação tem origem na formação tecnicista, na crescente demanda do mercado de trabalho, na proliferação desenfreada de cursos de graduação em fisioterapia e na competição gerada pelo aumento do número de profissionais formados a cada semestre. Justamente por isso é preciso rever e adotar conceitos e práticas éticas e manter a união para

conseguir superar as demandas internas e enfrentar com dignidade e autonomia os dilemas decorrentes da inserção desses profissionais no espaço social em que atuam.

### **3 Metodologia**

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, sendo que a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas em duplas. Participaram da pesquisa 26 fisioterapeutas da cidade de Santa Maria, do estado do Rio Grande do Sul. Foram investigados os princípios éticos e bioéticos que permeiam a práxis dos fisioterapeutas. Os resultados apresentados são recortes dessas entrevistas que evidenciam concepções sobre o que representa o princípio da autonomia e sobre os dilemas éticos enfrentados por esses profissionais no contexto da prática cotidiana.

Os entrevistados foram selecionados após a identificação prévia dos fisioterapeutas que atuavam na cidade durante o final do segundo semestre de 2007. De acordo com os grupos identificados, procurou-se manter a equivalência dos participantes entre as principais áreas de atuação dos fisioterapeutas: a neuromuscular, a musculoesquelética e a cardiorrespiratória. Para a seleção consideraram-se ainda os locais de trabalho desses profissionais. A escolha dos participantes foi realizada de forma intencional, procurando-se compor duplas entre aqueles participantes que possuíssem o mesmo perfil profissional e, de preferência, que trabalhassem no mesmo local, buscando-se contemplar os níveis de atuação em internação, ambulatórios, consultórios, clínicas, domicílios e docência.

A realização das entrevistas foi precedida pela explicação prévia dos seus objetivos e procedimentos (gravação, transcrição e descarte) e pela apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes do início das entrevistas, solicitou-se aos participantes a leitura de dois recortes de textos sobre bioética. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado para nortear a realização das entrevistas, o qual foi disponibilizado aos entrevistados para o seu acompanhamento. As questões versavam sobre a relação entre a bioética e a fisioterapia, a priorização de procedimentos fisioterapêuticos, a competência da prescrição e execução do tratamento e os dilemas éticos enfrentados na profissão.

Foram garantidos o anonimato dos participantes e a confidencialidade sobre a origem das informações, de acordo com as exigências éticas. A pesquisa pautou-se

pelas diretrizes preconizadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>11</sup> e nas normativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-UFSM).

As entrevistas foram realizadas em ambiente privado, com a presença de dois fisioterapeutas e da entrevistadora, com duração média de cinquenta minutos. Utilizou-se o recurso da gravação para o registro, após o que elas foram transcritas e codificadas (E1 a E13). Cada entrevista apresenta as concepções reveladas por cada dupla de entrevistados. A técnica de análise de conteúdo temática foi escolhida para a análise e interpretação dos resultados. Para a discussão dos conteúdos que emergiram das verbalizações, foram isolados temas do discurso dos entrevistados no que se referia a essas abordagens.

## **4 Resultados e Discussão**

Os dados analisados foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: 1) a inserção da bioética na fisioterapia, segundo os fisioterapeutas entrevistados; 2) o princípio da autonomia na práxis dos fisioterapeutas; 3) a priorização dos procedimentos técnicos para as ações fisioterapêuticas, 4) dilemas éticos na práxis dos fisioterapeutas.

### **4.1 A inserção da bioética na fisioterapia, segundo os fisioterapeutas entrevistados**

O questionamento inicial foi direcionado a verificar como os fisioterapeutas compreendiam a inserção da bioética na fisioterapia. Essa compreensão era importante para desvelar, no agir dos fisioterapeutas, as ações efetuadas que contemplavam o princípio da autonomia e os dilemas éticos enfrentados por esses profissionais no cenário das práticas cotidianas. Os entrevistados reconheceram que não possuem muita informação sobre o que é a bioética e que esses conteúdos são pouco referidos durante o processo de formação acadêmica, pouco divulgados pelas entidades de classe e, também, praticamente não são discutidos entre os fisioterapeutas. De certa forma, isso justificaria a ausência de maior aprofundamento sobre esse conhecimento entre os entrevistados. Apontaram, ainda, que a bioética é

um campo do saber que precisa ser apropriado pelos fisioterapeutas, sendo entendida como algo a ser construído, o que pode ser verificado na seguinte verbalização:

- *a bioética é importante, deveria ser disciplina obrigatória.*<sup>(E11)</sup>

Constatou-se que o entendimento que muitos participantes têm sobre a bioética é de que ela representaria a própria ética profissional e/ou os conflitos existentes na relação terapeuta–paciente. Outros respondentes apontaram que a bioética seria uma ética global, no que se refere à preocupação com o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial. Porém, alguns entrevistados apresentaram uma visão mais abrangente ao referir que:

- *é tudo o que envolve o ser humano e está relacionada com o meio ambiente.*<sup>(E5)</sup>

Apesar de desconhecerem os conceitos e os fundamentos da bioética, os fisioterapeutas, em geral, conseguiam identificar de forma intuitiva sua importância e necessidade, ao estabelecerem a existência de uma relação entre ética, bioética e fisioterapia. Consideraram que os procedimentos fisioterapêuticos utilizados nos processos assistenciais poderiam interferir na vida das pessoas. Isso foi observado nos estratos das seguintes verbalizações:

- *lidar com pessoas envolve ética.*<sup>(E7; E11)</sup>
- *a fisioterapia é uma área que interfere na vida das pessoas.*<sup>(E4)</sup>
- *se depara com essas questões e não se está preparado; (...) não se trabalha em fisioterapia sem ter ética, bioética.*<sup>(E4)</sup>
- *se trabalha com isso sem saber o que é, que faz parte da bioética.*<sup>(E6; E8)</sup>

Outro aspecto apontado por alguns fisioterapeutas diz respeito às pesquisas envolvendo os pacientes. Ao relacionarem bioética e fisioterapia com o respeito à vida e aos princípios éticos, enfatizaram que existe necessidade de distinguir esses conceitos, como emergiu nesse discurso:

- *necessita-se diferenciar bioética, ética na prática da fisio e ética na pesquisa.*<sup>(E8)</sup>

Embora esteja evidenciada a carência desses conhecimentos, os discursos apresentados demonstraram que existe entre os fisioterapeutas uma noção construída empiricamente sobre a importância da bioética na fisioterapia. Os

profissionais percebem a necessidade da inserção dessas reflexões tanto na sua prática quanto na sua formação. Provavelmente essa preocupação seja decorrente da experiência prática no contexto do trabalho. Em estudos realizados no campo da fisioterapia, autores conclamam a necessidade urgente da inclusão do debate sobre a bioética na formação e na capacitação dos fisioterapeutas.<sup>3,7,8,9,12</sup>

#### 4.2 O princípio da autonomia na práxis dos fisioterapeutas

A compreensão dos fisioterapeutas sobre o princípio da autonomia foi indicada por meio de dois pontos de vista: o do terapeuta e o do paciente. A autonomia profissional foi considerada como:

- *saber o que vai fazer; o profissional sabe o que é melhor para o paciente.*<sup>(E1)</sup>
- *não fazer o que não concorda.*<sup>(E1,E4,E11,E13)</sup>
- *ter convicção e segurança do que se quer, o que se faz.*<sup>(E3)</sup>
- *não se pode ter dúvida do que tu é, o que tu quer e o que tu faz.*<sup>(E4)</sup>

No que se refere à autonomia do paciente, esta foi apontada como:

- *ele ter capacidade/liberdade de decidir.*<sup>(E1,E3,E10)</sup>
- *ter o direito de saber.*<sup>(E8,E5)</sup>
- *ter o direito de escolha se não envolver riscos.*<sup>(E1)</sup>
- *há situações em que o paciente não pode assumir riscos.*<sup>(E3)</sup>

Pôde-se perceber que os fisioterapeutas condicionavam o exercício da autonomia profissional ao domínio de conhecimento específico, o que lhes garantiria o poder de decisão, desconsiderando, muitas vezes, a posição do paciente. Não houve qualquer menção ao compromisso com o fornecimento de informações e esclarecimentos direcionados aos pacientes para subsidiar o seu processo de tomada de decisão. Essa situação é indicativa de que existe uma lacuna na formação bioética dos fisioterapeutas.

Entre as respostas apresentadas sobre a questão da autonomia nas relações interprofissionais e nas relações entre o terapeuta e o paciente, foram identificadas as seguintes categorias temáticas:

<b>Categorias temáticas</b>	<b>Subtemas</b>
a) A autonomia do profissional fisioterapeuta	- emprego dos procedimentos assistenciais - dever - exigências - no poder - conquistas
b) A autonomia do paciente na assistência fisioterapêutica	- direitos - submissão - limitações
c) A autonomia nas relações interprofissionais	- desvalorização do fisioterapeuta - conflitos de referência / contra-referência
d) A autonomia dos fisioterapeutas na assistência em clínicas/consultórios e na internação hospitalar	- principais diferenças

### **Quadro 1 – Categorias temáticas que dizem respeito à autonomia dos fisioterapeutas**

As categorias temáticas elencadas no Quadro 1 permitem efetuar algumas considerações no que se refere às questões de autonomia que envolvem o exercício da profissão.

A categoria temática “autonomia do profissional fisioterapeuta” foi revelada pelos entrevistados por meio do respeito ao Código de Ética profissional, na forma de obediência estrita às normas e regras morais estabelecidas. Também não houve dúvidas quanto ao fato de que a execução do tratamento deve ser assumida pelos próprios fisioterapeutas, e, em situações de ensino, os docentes delegam aos alunos a execução de procedimentos, que são realizados sob sua orientação, supervisão e responsabilidade moral e legal, como exemplificado abaixo:

*– Nós prescrevemos, nós propomos e nós executamos, mas condicionado a uma informação da equipe. Quem não avalia não prescreve bem, quem não prescreve não resolve.<sup>(E3)</sup>*

Os fisioterapeutas são profissionais habilitados para avaliar, prescrever e executar o tratamento fisioterapêutico.<sup>13</sup> Muitos deles recebem os pacientes que foram previamente encaminhados por médicos com indicações e prescrições do tratamento a serem cumpridas. Essa situação dificulta ou se torna impeditiva para a definição do trabalho que deverá ser executado por esse profissional. Alguns

compreendem que a autonomia é um direito e uma conquista dentro de um grupo, ao mencionarem que:

– *A autonomia não se discute, se conquista. As pessoas têm por direito. Só se consegue autonomia nas relações cooperativas e nas relações que se estabelecem no dia-a-dia.*<sup>(E7)</sup>

Quanto à outra categoria, “*autonomia do paciente na assistência fisioterapêutica*”, os participantes consideram que a vontade do paciente em realizar ou não o tratamento deve ser respeitada. De acordo com esta concepção, ele deveria ter liberdade e capacidade de decisão e o direito de conhecer diferentes propostas terapêuticas.

Houve consenso entre os entrevistados de que a decisão sobre o tratamento requer a autonomia do paciente, porque, na falta de um acordo, não é possível realizá-lo. Caso a pessoa não concorde com a proposta de tratamento, a melhor alternativa para promover a compreensão é argumentar em favor de sua realização. Porém, se ainda assim o paciente não quiser realizar o tratamento, seja aquele proposto pelo fisioterapeuta ou pelo médico, entendem que não existe alternativa viável. Nesses casos, alguns referiram que comunicam ao médico e aos familiares e se retiram do envolvimento terapêutico.

Alguns participantes fizeram ressalvas quanto a essa liberdade, pois consideraram que há situações em que não é possível a participação do paciente, não há como questioná-lo devido ao seu estado. Essa é uma situação comum nas unidades hospitalares e nos Centros de Terapia Intensiva (CTIs). Houve os que referiram que os pacientes não podem assumir riscos, que o direito de decisão só pode ser permitido se não envolver possíveis danos. Caso contrário, cabe à equipe o poder de decisão, e o que for decidido é apenas comunicado ao paciente. Houve, também, quem referisse que o paciente nada sabe sobre a existência de outras possibilidades e por isso participa pouco do processo decisório.

Na categoria “*autonomia nas relações interprofissionais*”, emergiu a distinção entre a categoria dos médicos e a de outros profissionais. Quanto aos médicos, houve ainda uma subdivisão relacionada ao tempo de exercício da profissão. Foi mencionado que existe maior resistência, entre os profissionais que possuem mais tempo na profissão, no que diz respeito ao encaminhamento de pacientes para a fisioterapia. Dificilmente conseguem discutir casos; é uma relação de imposição, na

qual desconsideram as atribuições dos fisioterapeutas e insistem em prescrever o tratamento fisioterapêutico, sem fornecer o diagnóstico clínico completo, desvalorizando o trabalho da fisioterapia e desrespeitando a autonomia desses profissionais. Com os médicos mais jovens, segundo os entrevistados, é possível estabelecer maior interação e discutir acerca da melhor conduta para a indicação/solicitação de fisioterapia.

Os fisioterapeutas entendem que é de sua responsabilidade a tomada de decisão sobre qual o melhor procedimento para determinado paciente, em dada situação, em dado momento. Alguns entrevistados referiram que não seguem a prescrição médica se não concordam com os procedimentos prescritos e, nesses casos, conversam com os pacientes, explicam a situação, o porquê de não fazer aquele tratamento prescrito pelo médico e a importância da sua proposta para a evolução do quadro apresentado. Na maioria das vezes, os pacientes concordam, mas há aqueles que ainda resistem, pela confiança que depositam no médico e por ainda não conhecerem bem o trabalho do fisioterapeuta.

Alguns participantes mencionaram que fazem o que os médicos determinam para não perder o paciente ou, ainda, para não se indispor com esses profissionais. Diante da prescrição imposta, muitos fisioterapeutas optam por realizar a avaliação e definir a conduta fisioterapêutica. Quando a conduta definida pelo fisioterapeuta não coincide com a indicação do médico, apontaram que a melhor alternativa é estabelecer o diálogo com os médicos; porém, isso nem sempre é possível.

Isso não acontece na relação com os outros profissionais da saúde. Pelo contrário, o relacionamento entre eles é harmonioso, cooperativo e respeitoso. Entre os profissionais citados, encontram-se os enfermeiros, os nutricionistas, os farmacêuticos, o professor de educação física.

A última categoria refere-se *“a autonomia dos fisioterapeutas na assistência em clínicas/consultórios e na internação hospitalar”*. A autonomia profissional dos fisioterapeutas é exercida de acordo com as áreas de atuação e os locais de trabalho. Nas clínicas e nos consultórios, há maior liberdade de desenvolver as atividades profissionais, apesar de os convênios e as indicações médicas limitarem os procedimentos e a frequência do trabalho. A falta de acesso às informações clínicas dos pacientes também foi um fator mencionado como prejudicial para a qualidade do trabalho realizado.

Nos hospitais, apesar do maior acesso aos dados clínicos dos pacientes, os fisioterapeutas referiram que a limitação é maior, em decorrência da prescrição médica, da estrutura organizacional dos serviços, da restrição de sessões permitidas pelos convênios e da carência de fisioterapeutas nas unidades.

### 4.3 Priorização dos procedimentos técnicos para as ações fisioterapêuticas

Entre as competências e habilidades do profissional fisioterapeuta, preconizadas na legislação, está a elaboração e a prescrição do tratamento fisioterapêutico, que envolve a eleição de prioridades para a sua indicação. Ao serem questionados sobre como priorizam os procedimentos técnicos para a prescrição terapêutica, os fisioterapeutas apontaram os seguintes elementos, por ordem de prioridade: a dor, a função, as alterações decorrentes da patologia, seguidas pela eleição dos recursos técnicos. Esses últimos são eleitos entre os disponíveis, de acordo com a indicação do tratamento fisioterapêutico. Observou-se que esses profissionais priorizam inicialmente as questões ligadas diretamente à situação apresentada pelo paciente, para depois considerarem os fatores técnicos. Enfatizaram que a avaliação criteriosa é pré-requisito para se estabelecerem as necessidades do paciente e se proceder à escolha dos recursos disponíveis. No Quadro 2 apresentam-se a descrição dos elementos prioritários para definir a conduta a ser adotada e as possíveis considerações que podem ser feitas sobre a prioridade estabelecida.

Elementos por ordem de prioridade	Considerações
1. A dor	É o fator de maior consideração para se pensar e elaborar um tratamento; durante a avaliação verifica-se a presença de dor, sua intensidade e localização. O tratamento para a analgesia tem prioridade sobre os demais sintomas.
2. A função	Elege-se o que está mais comprometido. Procura-se selecionar procedimentos para recuperar a mobilidade e a força muscular, de forma a garantir o restabelecimento da funcionalidade.
3. As alterações decorrentes da patologia	São as conseqüências ou as causas da dor e das limitações ou perda da função motora. Não podem ser resolvidas antes da dor, pois o paciente não consegue participar do tratamento de forma eficaz enquanto a dor o estiver mantendo em estado de alerta ou sofrimento.
4. Os recursos técnicos	À medida que o paciente evolui, busca-se utilizar técnicas mais complexas e outros métodos.

**Quadro 2 – Prioridades para decidir os procedimentos fisioterapêuticos.**

Por suas características particulares, durante o período de internação, a definição de prioridades sobre os procedimentos a serem desenvolvidos obedecem a critérios mais específicos, com destaque para o uso da tecnologia, como se pode observar no Quadro 3.

Procedimentos por ordem de prioridade	Considerações
<b>1 – Tecnologia</b>	Essa é uma característica dos CTIs, em que as situações de risco de vida dos pacientes requerem procedimentos de alta tecnologia.
1.1. Disponível	
1.2. Indisponível	Nas Unidades de Internação, os recursos tecnológicos são mais escassos, e os fisioterapeutas buscam nas suas habilidades a resolutividade para a situação. Se não há disponibilidade de muitos recursos, trabalha-se com as mãos.
<b>2 – Higiene brônquica</b>	Seja no CTI ou na internação hospitalar, a priorização da higiene brônquica é fundamental, independente da tecnologia disponível, pois, se o pulmão não estiver limpo, não haverá expansibilidade, o que inviabiliza qualquer recuperação.
<b>3 – Padrões respiratórios e reeducação diafragmática</b>	Esses elementos caracterizam a reabilitação respiratória. Nessa fase está uma das competências específicas da profissão. Os padrões respiratórios são seguidos pela reeducação diafragmática.

**Quadro 3 – Critérios de prioridade para eleição dos procedimentos nos setores de internação**

#### 4.4 Dilemas éticos na práxis dos fisioterapeutas

Os principais dilemas apontados pelos fisioterapeutas foram categorizados em cinco temas centrais e seus subtemas, como apresentados no Quadro 4.

Categorização Temática	Subtemas	Conflitos
1 – Desvalorização profissional	1.1- econômica 1.2- social 1.3- limitação procedimental	- baixos salários - domínio da medicina - impossibilidade de pedir exames
2 – Relacionamento profissional	2.1- terapeuta-paciente 2.2- intraprofissional 2.3- interprofissional	- tomada de decisão - ausência de unidade - postura dos médicos
3 – Ética profissional		- desrespeito ao paciente
4 – Evidência Científica		- carência de cientificidade
5 – Justiça		- carência de recursos tecnológicos - decisão sobre quem vai receber o tratamento - carência de recursos financeiros

**Quadro 4 – Caracterização dos dilemas profissionais apontados pelos fisioterapeutas**

Na categoria *Desvalorização Profissional* destacaram-se três subtemas: desvalorização econômica, social e limitação procedimental.

- A desvalorização econômica:

A baixa remuneração dos fisioterapeutas é apontada constantemente como um dilema freqüente entre esses profissionais. Essa concepção pode ser conferida nas seguintes verbalizações:

– *Trabalho porque eu gosto e não me vejo fazendo outra coisa senão a fisioterapia; só que, no final do mês, o que tu ganha desestimula. A gente trabalha muito com convênios e eles pagam pouco.*<sup>(E2)</sup>

– *O nível de atividade da nossa profissão está crescendo muito, cada vez mais englobando mais áreas, cada vez sendo mais reconhecido, cada vez o pessoal necessita mais de fisio e não vive sem fisioterapia, mas, em compensação, do ponto de vista financeiro, parece que estamos regredindo cada vez mais, se prostituindo como profissional.*<sup>(E11)</sup>

– *Tem a questão da competição entre os fisios pelos honorários. Atendo a domicílio, quando dou o preço, ah, o fulano faz por menos (não atendo, deixo pro fulano) (...) é a concorrência.*<sup>(E6)</sup>

Pode-se verificar nessas verbalizações que a questão salarial é um dilema comum vivenciado na profissão, independente do tipo de serviço prestado, seja ele conveniado ou particular. A competição desrespeitosa decorrente dessa situação leva a uma desvalorização ainda maior do trabalho, gerando muitos conflitos.

- A desvalorização social:

O trabalho dos fisioterapeutas ainda não é totalmente reconhecido, como é o da medicina. A profissão tem legitimidade para o exercício profissional autônomo, mas as representações sobre a profissão não absorveram, ainda, esse conhecimento. Dessa forma, por mais qualidade que tenha o trabalho desses profissionais, a determinação médica prevalece, gerando conflitos na relação terapeuta–paciente. Contudo, quando o paciente adquire confiança no profissional, o que leva tempo, a situação se modifica, como se vê nesse relato:

– *Encaminhei um paciente para um médico e ele mandou para a fisio dele, porque era da confiança dele, fazia o que ele queria. A paciente (idosa) não concordou e voltou para mim.*<sup>(E10)</sup>

No entanto, essa não é uma situação muito comum. Geralmente o médico tem forte influência sobre o paciente, ou o próprio sistema de saúde limita as ações dos fisioterapeutas, como pode ser conferido a seguir:

- *O paciente confia no médico e não no fisio.*<sup>(E1)</sup>
- *A valorização dos colegas médicos influencia os pacientes. A gente trabalha, aí, uma palavra do médico tira toda a credibilidade que a gente conseguiu.*<sup>(E5)</sup>
- *Somos engolidos pelo sistema; muita coisa a gente sabe que está errado.*<sup>(E13)</sup>

- A desvalorização pela limitação procedimental:

De acordo com a legislação vigente, os fisioterapeutas estão capacitados a solicitarem alguns tipos de exames complementares para o acompanhamento da evolução do paciente. Na realidade assistencial, essa prática está limitada pelo sistema de saúde, e os serviços conveniados, por exemplo, ignoram a legislação. O fato de não poderem exercer suas atividades plenamente traz, além da sensação de inferioridade, a limitação da progressão terapêutica, uma vez que o acesso dos pacientes ao retorno médico é algo cada vez mais difícil e demorado.

Na categoria *Relacionamento Profissional* também foram destacados três subtemas: terapeuta–paciente, intraprofissional e interprofissional.

- O relacionamento terapeuta–paciente:

Os dilemas referidos na relação terapeuta–paciente foram os que envolvem a decisão do paciente ou dos familiares na concordância com o tratamento fisioterapêutico. O problema está em saber se o paciente entende realmente que sua rejeição trará prejuízos à sua saúde, como foi relatado:

*(...) o paciente entende e sabe o que o não querer implica? Aceitar que ele não quer fazer seria respeitar a autonomia dele? Mas eu não posso respeitar essa autonomia sem saber se essa pessoa está consciente dessa opção. Acho que a gente não pode aceitar esse não quero, porque é importante para ele.*<sup>(E8)</sup>

Há também situações em que os familiares rejeitam o tratamento, como foi referido nesta entrevista:

*– A família não queria participar, dizia ‘deixa ele quietinho’. E eu queria era tirar ele da cama.*<sup>(E9)</sup>

Essas verbalizações indicam os conflitos éticos vivenciados na assistência, os quais colocam o profissional em situações em que é preciso estar muito bem fundamentado para tomar a decisão adequada, de acordo com a sua competência e com os princípios éticos.

- O relacionamento intraprofissional:

Os entrevistados referiram que a classe profissional dos fisioterapeutas interage muito pouco e, muitas vezes, carece de uma relação de respeito entre os colegas. Ainda a competição gerada pela desvalorização econômica tem como consequência uma postura individualista desses profissionais e a desunião da categoria, como ficou evidente nestas verbalizações:

*(...) a não valorização do próprio trabalho (...), o problema da fisioterapia são os próprios colegas, falta união e consciência de classe; a fisio é muito individualista.<sup>(E6)</sup>*  
 – *O problema é a competitividade (...), é complicado.<sup>(E10)</sup>*

Essa situação foi também colocada por Nilton Petrone,<sup>14</sup> em seu discurso sobre a necessidade de uma maior união da classe, de respeito profissional. Ele considerou que somente a formação ética filosófica é capaz de rever esse processo de forma positiva. Outros autores também compartilham dessa convicção.<sup>3,8,9,10,15</sup>

- O relacionamento interprofissional:

Nas relações interprofissionais, o maior dilema apontado foi os conflitos gerados pela desconsideração de alguns médicos com o trabalho da fisioterapia. Além de não conhecerem realmente as competências e atividades da profissão, assumem condutas fisioterapêuticas equivocadas ou, ainda pior, não permitem que o paciente receba esses cuidados, trazendo sérios prejuízos para sua assistência. Essa posição é altamente conflituosa tanto para os fisioterapeutas como para os pacientes, que muitas vezes não sabem em quem acreditar, e a indecisão gerada os impede de assumir o controle do seu tratamento.

Já a categoria *Ética Profissional* refere-se às questões éticas conflitantes que emergiram das entrevistas no que tange ao respeito e sigilo no relacionamento intra e interprofissional e às relações com os pacientes e seus familiares. A

responsabilidade e a seriedade quanto aos procedimentos são apontados como um dilema que deve ser resolvido a partir do respeito ao paciente.

Na categoria *Evidência Científica*, revela-se que a evolução da profissão tem acarretado maior precisão e controle dos procedimentos técnicos utilizados. Entretanto, o emprego rigoroso dos métodos terapêuticos ainda carece de estudos e maior conscientização profissional. Alguns entrevistados relacionaram essa evolução às inserções éticas e bioéticas na profissão:

- *A falta da evidência científica da profissão vai se consolidar junto com a bioética.*<sup>(E3)</sup>
- *Credibilidade é muito importante na fisio, ela está crescendo, temos que buscar credibilidade, competência e ética.*<sup>(E9)</sup>

Os fisioterapeutas reconhecem que a qualidade do tratamento deve estar embasada em evidências científicas e que isso ainda é uma lacuna a ser considerada com mais cuidado pelos profissionais.

E na categoria *Justiça*, as questões que envolvem esse princípio foram bem menos apontadas pelos fisioterapeutas. Alguns referiram que presenciaram situações nas quais não tomaram decisões diretamente, mas participaram delas, e esse envolvimento gerou reflexões conflituosas, como no caso do acompanhamento de pacientes terminais. Nos serviços públicos, foi apontada a sobrecarga de demanda, que deixa muitas pessoas sem assistência. Em outros serviços, foi mencionada a burocratização do acesso, atrelada aos serviços médicos insuficientes, o que inviabiliza a assistência fisioterapêutica. Seguem alguns exemplos desses dilemas:

- *Um dos maiores dilemas é escolher quem vai receber o tratamento adequado quando exige equipamento e só tem um. Em morte cerebral, os profissionais se afastam. E a fisio? Ele vai fazer ou não? Quem decide? Como fica a nossa consciência? Até quando a gente investe?*<sup>(E8)</sup>
- *no ambulatório tem uma lista de espera muito grande, muitos nunca vão chegar a vez, (...) isso me incomoda.*<sup>(E8)</sup>
- *tem o lado financeiro dos atendimentos a domicílio, que são particulares. Muitas vezes o salário da família é uma dificuldade para distribuir entre as despesas.*<sup>(E9)</sup>

Laura Swisher considera que a contenção de custos adotada pelos convênios, ao limitar o número de sessões fisioterapêuticas, gera dilemas para os

profissionais por ferir as suas obrigações, pois a assistência ao paciente é inviabilizada, trazendo-lhes prejuízos.<sup>7</sup>

## **5 Considerações Finais**

Os temas elencados refletem uma grande preocupação com a ausência de discussões entre os fisioterapeutas sobre as questões éticas que envolvem a prática desses profissionais. A autonomia dos fisioterapeutas fica seriamente comprometida em virtude das limitações impostas pela estrutura do sistema de saúde, pelas relações de trabalho, pela cultura popular centrada no poder da medicina e, também, por uma formação acadêmica que perpetua esse sistema.

Os dilemas apontados refletem a realidade dos fisioterapeutas. A profissão não é valorizada e os salários não condizem com sua real capacitação. Sua autonomia profissional é desrespeitada; muitos recebem pacientes encaminhados pelos médicos com indicações e prescrições do tratamento a serem cumpridas, o que dificulta, ou mesmo impede a elaboração do seu trabalho. Há, ainda, médicos que desconhecem ou desconsideram os conhecimentos desses profissionais, expondo-os a situações constrangedoras frente aos pacientes.

Analisando os conteúdos dos discursos, tanto dos participantes deste estudo, como dos artigos científicos consultados, observa-se que todos chamam a atenção para as questões éticas que envolvem a responsabilidade profissional e a unidade da categoria. Necessita-se ampliar os estudos sobre esses temas, fomentando as discussões sobre a inserção da bioética na fisioterapia. Dessa forma poderemos capacitar os fisioterapeutas a enfrentarem os problemas decorrentes da prática profissional com consciência e segurança para tomarem decisões adequadas.

## **6 Referências Bibliográficas**

1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, p. 09-13.
2. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: ED. UNISINOS; 1999.
3. Renner A, Goldim, Prati F. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. Rer. Bras de Fisiot. 2002; 6 (3): 135-138.

4. Pegoraro O. Ética dos maiores mestres através da história. Petrópolis: Vozes; 2006.
5. Cortina A, Martinez E. Ética. Edições Loyola, São Paulo: 2005.
6. Kottow M. Participación informada em clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá. UNESCO. Red latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidade nacional de Colômbia, 2007.
7. Swischer L. A retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy. *PHIS THER* 2002; 82 (7): 692-706.
8. João SMA. Ética e fisioterapia: editorial. *Rev. Fisioter Universidade de São Paulo*. 2002; 9(2), jul/dez.
9. Arruda L. Ser fisioterapia na atualidade: um compromisso ético. [ensaio na internet] [acesso em dez/2007] Disponível em:  
[http://www.crefito5.com.br/web/artigos\\_profissionais\\_01.php](http://www.crefito5.com.br/web/artigos_profissionais_01.php)
10. Araújo L, Neves W. A bioética e a fisioterapia nas unidades de terapia intensiva. *Rev Fisioter São Paulo* 2003 jul-dez; 10 (2): 52-60.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos. Brasília: 1996, p.20.
12. Purtilo R. A. time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Phys Ther*. 2000 Nov; 80 (11): 1112.
13. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia. Disponível em: [www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) – Fisioterapia – legislação, definições e áreas de atuação.
14. Petrone N. É hora de ética e respeito institucional. Ver O COFFITO. 2003; nº 18:11-2, mar.
15. Marques A, João S. Aspectos bioéticos e legais da fisioterapia. In: Nakagawa N, Barnabé V. *Fisioterapia do sistema respiratório*. São Paulo: Sarvier; 2006. p.153-160.

## CONCLUSÃO

A palavra bioética parece dotada de certa magia. Ao ser mencionada, instiga o ouvinte a questionar sobre sua definição, a perguntar sobre o que ela envolve e a que se refere. Esse despertar de curiosidades provocou a retomada da reflexão ética acerca das práticas científicas e sociais, na tentativa de encontrar respostas para a compreensão dos desafios que emergem em decorrência dos avanços científicos e das ameaças à sobrevivência humana.

No curto período da existência da bioética como campo do saber, fica evidente o grande fôlego alcançado pela disciplina, com a ampliação dos temas e situações abarcadas. Isso demonstra o poder de sedução que ela exerce. Distintas áreas do conhecimento introduziram a reflexão bioética para subsidiar o processo de tomada de decisão face à crescente complexidade das situações vivenciadas. Um grande contingente de pensadores, pesquisadores, gestores e a própria comunidade estão envolvidos em suas práticas. Houve aumento significativo e qualitativo de produções científicas nesse campo. Mas talvez o mais importante seja o fato de que o discurso produzido tem-se transformado de alguma maneira em ações práticas.

Nesse estudo, buscou-se investigar como a bioética se insere no campo da fisioterapia. Pôde-se constatar que esses conhecimentos evoluíram lado a lado nesses últimos quarenta anos, mas foram poucos os momentos em que se aproximaram efetivamente. Todavia, a complexidade e os desafios que emergem das práticas cotidianas demonstram que essa aproximação, ainda que tardia, é absolutamente necessária. A fisioterapia, como área da saúde, não pode prescindir das reflexões suscitadas pela bioética. Tampouco, a bioética, como um saber globalizado, pode ter a fisioterapia apartada do seu contexto de reflexão e produção do conhecimento.

Os fisioterapeutas investigados caracterizaram-se por ser um grupo predominantemente composto de profissionais jovens, em início de carreira, que investiam na sua capacitação, na busca de uma maior qualificação para o exercício da profissão. Encontrou-se também, um grupo menor, mais experiente, com posições definidas e respeitadas profissionalmente. A questão econômica foi uma

das principais preocupações dessa categoria, pois a remuneração desses profissionais não é condizente com as suas qualificações.

Para verificar as concepções desses fisioterapeutas que participaram da pesquisa sobre os princípios éticos necessários para o desenvolvimento das atividades cotidianas, foi acessado um referencial teórico inicial que ofereceu suporte para a análise realizada. Optou-se por adotar a Teoria Principlista como referência, associando-a a abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, que permitiram considerar o objeto de estudo de forma abrangente.

As críticas tecidas a essa teoria não atingem a proposta deste estudo, uma vez que elas são tradicionalmente direcionadas à forma como a teoria é utilizada, seja na prática clínica ou na pesquisa envolvendo seres humanos, sem uma ponderação de seu contexto de aplicação.

No que se refere à investigação sobre o princípio da beneficência na práxis da fisioterapia, os resultados apontaram que esses fisioterapeutas zelam pelo cumprimento dos deveres profissionais, embasando sua postura no código de ética da profissão, o qual está voltado mais especificamente para a indicação de deveres e responsabilidades e para o controle da manutenção de equipamentos. Os aspectos humanos que envolvem a assistência são, em parte, desconsiderados, principalmente no que se refere à abrangência das informações oferecidas aos pacientes sobre o processo terapêutico. Essas informações, deveriam ter como objetivo principal propiciar a compreensão dos pacientes sobre o seu problema de saúde e, diante disso, capacitá-los para tomarem decisões conscientes e voluntárias.

O princípio da não-maleficência foi evidenciado na práxis dos fisioterapeutas investigados, e se caracterizou pela forma paternalista como se preocupam com o bem-estar do paciente, ou seja, as ações de cuidados fisioterapêuticos são vistas, avaliadas e propostas sob a ótica do profissional.

No entanto, o princípio da justiça foi pouco evidenciado pelos fisioterapeutas. Cabe lembrar que, dos quatro princípios, esse foi o que teve menor impacto nas reflexões bioéticas sobre as práticas em saúde. Sua inserção é recente e está direcionada às questões de formulação e implementação de políticas de saúde pública equânimes, de alocação de recursos em saúde e acessos a serviços e tratamentos. Assim, pode-se compreender a ausência dessa abordagem entre os fisioterapeutas, já que são poucos os profissionais absorvidos pelo sistema de saúde pública, e sua prática é, na maioria das vezes desenvolvida em ambientes privados.

O princípio da autonomia foi apontado sob dois enfoques: o do profissional e o do paciente. O exercício da autonomia profissional foi condicionado ao domínio do conhecimento específico, como garantia de poder de decisão. Muitos a entendem como um direito e outros o referem como uma conquista do exercício profissional. Nas relações interprofissionais, foi apontada a supremacia de poder exercida por muitos médicos, ao desconsiderarem a autonomia dos fisioterapeutas, desvalorizando, assim, o trabalho desses profissionais. Quanto à autonomia do paciente, foi considerado o respeito à vontade do paciente em realizar o tratamento, sendo ressaltado, no entanto, que há situações em que a decisão cabe apenas ao profissional, como no caso de o paciente correr risco de vida.

Ainda, de modo geral, os resultados apontaram que, apesar de a fisioterapia ser considerada a profissão do futuro, os dilemas enfrentados pelos profissionais não condizem com um futuro tão promissor. A abertura de numerosos cursos na área da saúde, transforma a formação acadêmica em investimento lucrativo para instituições privadas de ensino, e a fisioterapia tem-se destacado como um dos mais ofertados. Paralelamente a isso, ocorre um processo de sedução dos futuros estudantes, com expectativas ilusórias quanto às perspectivas de trabalho e conseqüente remuneração. Essa explosão da oferta de cursos se reflete na falta de controle da sua qualidade. O mercado de trabalho está saturado, desvalorizado econômica e moralmente, o que o torna altamente competitivo. Os profissionais tentam driblar essa situação investindo na capacitação pessoal, que, todavia, não os prepara para o enfrentamento dos conflitos éticos decorrentes do exercício da profissão.

Ficou evidenciado que ética e bioética são temas pouco explorados na formação acadêmica dos fisioterapeutas, seja nos cursos de graduação, seja na pós-graduação. Esses conteúdos precisam ser inseridos nesse processo para promover a reflexão e ampliar o horizonte analítico sobre a prática desses profissionais. Tanto a literatura verificada como as pesquisas realizadas indicam essa lacuna. De certa forma, os próprios fisioterapeutas têm consciência dessa necessidade, e alguns clamam por uma formação que inclua conteúdos de ética filosófica e de bioética.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para promover entre os fisioterapeutas uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. Uma das possíveis sugestões direciona-se ao papel que as entidades de classe poderiam

assumir junto com as instituições formadoras para promover efetivamente a inclusão desses conteúdos na formação continuada dos profissionais. Paralelamente a isso, os docentes deveriam ser estimulados a ampliar esse tipo de discussão nas práticas pedagógicas adotadas. Atenção especial deve ser direcionada para a escolha de metodologias ativas que motivem os estudantes, o que permitiria promover reflexões sobre a prática vivenciada. Dessa forma, seria possível internalizar conhecimentos de ética filosófica e bioética e capacitar os profissionais para o processo de tomada de decisões éticas.

Ao encerrar este estudo, não podemos deixar de registrar a disponibilidade e a participação efetiva dos colegas fisioterapeutas, que superou todas as expectativas e foi fundamental para se alcançarem os objetivos propostos. Cabe considerar, entretanto, que uma das limitações da pesquisa refere-se à área geográfica restrita de sua realização, o que não permite efetuar qualquer tipo de generalização para a categoria. Nesse sentido, este estudo aponta um caminho ainda não percorrido e que pode ser trilhado a partir de pesquisas que contemplem outras regiões. Há que se dar continuidade ao estudo, aprofundando os temas apontados para fomentar as discussões. O caminho já foi aberto: o desafio agora é seguir adiante ...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lolas F. Bioética: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola; 2001.
2. Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002. (Coleção Primeiros Passos).
3. Portter VR. Bioethics, bridge to the future. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1971.
4. Pessini L. Bioética das instituições pioneiras: perspectivas aos desafios da contemporaneidade. Rev Bras Bioética. 2005; 1(2):145-163
5. Reich WT. The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it. Kennedy Inst Ethics J. 1994;4 (4):319-35
6. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Ed. UNISINOS; 1999.
7. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo biográfico. Rev Latino-Am Enfermagem. jul-ago. 2003; 11(4) 525-31
8. Siqueira HSG. Interdisciplinar.2003. [acesso em 2006 Aug 20]. Disponível em: <http://br.geocities.com/holgonsi/interdisciplinar5.html>.
9. Leis HR. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas. ago. 2005; (73) 3-22
10. Educa Brasil. DIEB: dicionário interativo da educação brasileira. 2001-2004. [acesso em 2006 out. 10.] Disponível em: [www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=90](http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=90).
11. Uchôa E. Dilemas em psiquiatria: ciência, clínica e ética. Rev Bioética e Ética Medica 2001; 9 (1) : 45-52.
12. Purtilo R. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. Phys Ther. 2000 Nov; 80(11):1112.
13. Renner A, Goldim R, Prati F. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. Rev Bras de Fisiot. 2002; 6 (3):135-138.
14. Araújo L, Neves W. A bioética e a fisioterapia nas unidades de terapia intensiva. Ver Fisioter Univ São Paulo 2003 jul-dez ;10 (2): 52-60.
15. Mance EA. Práxis da libertação e subjetividade. Rev Filos. 1993 Jun; 6 (7): 81-109.
16. Gozzi, G. Práxis. In: Bobio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de política. 13.<sup>a</sup> ed. Brasília : UNB ; 2007. Vol. 2, p.987-992.

17. Pessini L. Introdução à edição brasileira. In: Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2005. p.09-13.
18. Richardson RJ et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
19. Matallo HJr. A problemática do conhecimento e mito, metafísica, ciência e verdade. In: Carvalho MC (org). Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas. 10ª ed. Campinas: Papirus, 2000. cap. I e II, p. 13-38.
20. Rebelatto J, Botomé S. Fisioterapia no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
21. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia. Fisioterapia: legislação, definições e áreas de atuação. Disponível em:  
[www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br)
22. Boff, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
23. \_\_\_\_\_. Ética e moral: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes; 2003.
24. Teirech-Leube. Massaje: prólogo histórico. In: Tratado de rehabilitación. Lindemann K, Teirich-Leube H, Heipertz W. 3ª ed. Barcelona: Labor; 1975. p. 307-308.
25. Lindemann HK, Heipertz TW. Introducción a la cinesioterapia. In: Tratado de rehabilitación. Lindemann K, Teirich-Leube H, Heipertz W. 3ª ed. Barcelona: Labor; 1975. p.1- 6.
26. Harff J. Historia de la fisioterapia. In: Tratado de rehabilitación. Lindemann K, Teirich-Leube H, Heipertz W. 3ª ed. Barcelona: Labor; 1975. p.177-188
27. Licht S. Histórico. In: Basmajian JV. Terapêutica por exercícios. São Paulo: Manole; 1980. Cap 1, p. 1-56.
28. Sanches E. História da fisioterapia no Brasil e no mundo. Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia; 1984: 29-36.
29. Barros FBM. História da fisioterapia. In: A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2002. p.28 -57.
30. Novaes RRJr. História da profissão. [acesso em 2006 Maio 05]. Disponível em:  
<http://www.infonet.com.br/fisioterapia/historia.htm>.
31. Hanser, D. Um enfoque integrativo da fisioterapia. Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia. 1984; 1 (G2-A6) : 9-10.
32. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES, 19 fev. 2002. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. Diário Oficial, Brasília, DF, nº 42, seção 14 mar.2002. Disponível em:  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>

33. CREFITTO-5-RS. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região – RS. Disponível em:  
[http://www.crefito5.com.br/web/legislacao\\_resolucoes.php](http://www.crefito5.com.br/web/legislacao_resolucoes.php)
34. Cortina A, Martinez E. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.
35. Rotania A. A celebração do temor. Biotecnologia, reprodução, ética e feminismo: parte II: a ética da vida. Rio de Janeiro: E-Papers ; 2001. p.151-323.
36. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Rev. Bioética 1996; 4(1): 7-16.
37. Dias HP. Bioética. Implicações com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas, no Brasil. Bol Of Sanit Panam.1990 ; 108(5-6): 512-23.
38. Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e dicelologia. In: Segre M, Cohen C. (org.). Bioética. São Paulo: Ed. da USP; 1999, p. 23-29.
39. Pegoraro O. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes; 2002.
40. Lunardi VL. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral da enfermagem. Pelotas: Ed. da UFPEL; 1999.
41. Pegoraro O. Ética dos maiores mestres através da história. Petrópolis: Vozes ; 2006.
42. Reich WT. Enciclopédia of Bioethics. New York: Macmillan, 1995. vol. I, Introdução, p XIX-XXXII.
43. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2005. p.09-13.
44. Oliveira MLC. Comitê de ética em pesquisa no Brasil: um estudo das representações sociais. Brasília: Universa; 2004.
45. Kottow M. Participación informada em clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: UNESCO. Red latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidade Nacional de Colômbia; 2007.
46. Minayo, M.C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC ; 2000. 269p.
47. Günter H. Como elaborar um questionário. Brasília: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental ; 2003. (Série Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, nº. 1) Disponível em: <http://www.unb.br/ip/lpa/pdf/01Questionário.pdf>.
48. Bauer, MW; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002
49. Demo P. Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro ; 2000.

50. Leopardi MT. Produção do conhecimento em saúde: do fragmentário à aglutinação de saberes. In: LEOPARDI et al (org) Metodologia da pesquisa em saúde. Santa Maria: Paloti; 2001. p.13-29.
51. Demo P. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1998. parte I, p. 15-82.
52. Minayo MC, Sanches E. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Públ. jul-set, 1993; 9(3):239-62.
53. Braga KS. Bibliografia bioética brasileira: 1990-2002. Brasília: Letras Livres; 2002.
54. Cozby CP. Pesquisa de levantamento: uma metodologia para estimular pessoas a falar sobre si mesmas. In: Cozby CP. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas; 2003. Cap.7. p.141-170.
55. Gaskel G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p.64-89.
56. Medeiros MN, Mendes GA, Capparelli ABF. Compreendendo a doença renal crônica. In: Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC; 2006 jul16-21; Florianópolis, SC.
57. Cruz TM, Carvalho MP. Jogos de gênero: o recreio numa escola de ensino fundamental. Cadernos Pagu. jan-jun. 2006 ; (26), 113-43.
58. Martins I, Gouvêa G, Piccinini C. Aprendendo com imagens. Ciência e Cultura. out/dez.2005 ; 57(4):38-40.
59. Moura A, Azeredo S. A sexualidade e a dupla moral em casais hetero-sexuais soro positivos para hiv/aids: um enfoque sobre a corporalidade. In: Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC; 2006 jul16-21; Florianópolis, SC.
60. Fernandes SH, Healy L. Evolução dos significados atribuídos à simetria e reflexão por aprendizes sem acuidade visual. [acesso em 2007 Set.] Disponível em: [http://www.sbempaulista.org.br/epem/anais/Comunicacoes\\_Orais%5Cco0060.doc](http://www.sbempaulista.org.br/epem/anais/Comunicacoes_Orais%5Cco0060.doc)
61. Martins I, Gouvêa G. Analisando aspectos de leitura e imagens em livros didáticos de ciências por estudantes do ensino fundamental do Brasil. In: VII Congreso Internacional sobre Investigación en la Didáctica de las Ciencias. Enseñanza de las Ciencias; 2005(número Extra):1-3 Disponível em: [http://enciencias.uab.es/webblues/www/congres2005/material/comuni\\_orales/4\\_Procesos\\_comuni/4\\_2/Martins\\_769.pdf](http://enciencias.uab.es/webblues/www/congres2005/material/comuni_orales/4_Procesos_comuni/4_2/Martins_769.pdf)
62. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos. Brasília: CONEP: Conselho Nacional de ética em Pesquisa ;1996. 20p.
63. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

## BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- Barnit R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK national Health Service. *J Med Ethics*. 1998; 24: 193-199.
- Bernard W. *Moral: uma introdução à ética*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- CIOMS/OMS. Diretriz 4 - Consentimento informado individual -. Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos. Edições Loyola, São Paulo, 2004. P.51-55.
- CONEP. Análise do termo de consentimento livre e esclarecido e avaliação do processo de obtenção do consentimento. Manual Operacional para Comitês de ética em pesquisa. Ministério da Saúde, CNS, CONEP. Brasília DF-2004. p. 35-36.
- Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Bioética*, vol. 1 nº.2, 2005.
- Demo P. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998; parte I, p. 15-82.
- Diniz D, Guilhem D, Schüklenk U. *Ética na pesquisa: uma experiência de treinamento em países sul-africanos*. Letras Livres; Ed. UnB . Brasília 2005.
- Garcia ME, Carmo LC, Ferraz KMA. Normas para elaboração de dissertações e teses. Univ. São Paulo. Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz. Divisão de Biblioteca e Documentação. Piracicaba: 2005. 3ª ed, 110 p.
- Goldim J, Clotet J, Francisconi C. Um breve histórico do consentimento informado. *O mundo da Saúde*, São Paulo, ano 26 n.1 jan/mar 2002.
- Gomes P. Pozzebon P. Técnicas de dinâmica de grupo. Cap. III. p. 129-135. In: *Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas*. Caarvalho M. C.(org.). Campinas, SP: Papyrus, 10ª edição, 2000.
- Gracia, D. La bioética médica. In: *Bioética: temas e perspectivas*. OPS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número especial; vol. 108, nº. 5-6, may-jun 1990. p.3-17
- Hossne W S. O poder e as injustiças nas pesquisas em seres humanos. Conferência. VI congresso de Bioética. Brasília, DF, 2003.
- Larry J N, Lilach S. Theory-Based Study of the Basic Values of 565 Physical Therapists. *Phys Ther*: 85(9), set 2005, p. 834-850.
- Leopardi MT et al. *Metodologia da Pesquisa em Saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

- Martins J. A pesquisa qualitativa. in: Fazenda I. (org.). Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo-SP: Cortez Editora. 1991. Cap. 4, p.47-58.
- MDT – Manual de estrutura e apresentação de monografias. Dissertações e teses. Padrão ABNT. UFSM. 2005.
- Morin E. O método 6: ética. Porto Alegre: Sulina, 2005. 2ª ed. 222 p.
- Mota R. et al. Método científico & fronteiras do conhecimento. Parte I – Acerca do Método Científico. Santa Maria – RS: CESMA, 2003, p.09-64.
- Napoli RB, Rossatto N, Fabri M. Ética e Justiça. (org.) Santa Maria, Palloti, 2003. 208 p.
- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e Prática. Editora Guanabara Koogan. RJ. 2005, 8ª reimpressão. 596p.
- Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética na Ibero-América. (org.) São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007.
- Santos G, Passos R. Citação Bibliográfica. Padrão ABNT. UNICAMP 2005.
- Schafer DS, et al. Administration and management skills needed by physical therapist graduates in 2010. A national survey. Phys Ther. 87 (3), mar 2007, p.261-281.
- Westphal M F. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais em saúde. In: Spínola A. (et al.). Pesquisa Social em Saúde. São Paulo: Cortez, 1992. p. 117-124.

**ANEXO**





4.3.1 - **Caso afirmativo, qual?** \_\_\_\_\_ CH \_\_\_\_\_ h

4.4 - **Você considera seu conhecimento em bioética:**

muito bom       bom       razoável       pouco       nenhum

4.5 - **Você conhece o texto da Resolução 196/96** (que trata da normatização das pesquisas envolvendo seres humanos):

totalmente       razoavelmente       parcialmente       pouco       desconhece

4.6 - **Você faz/fez atividade de pesquisa envolvendo seres humanos?**  SIM  NÃO

4.7 - **Já teve projeto de pesquisa avaliado por um Comitê de Ética?**  SIM  NÃO

4.7.1 - **Caso afirmativo, quantos** (nos últimos dois anos)? \_\_\_\_\_

## PARTE "C"

### V - ÉTICA E AUTONOMIA PROFISSIONAL

5.1 - **Ao receber um paciente com solicitação de tratamento fisioterapêutico discriminado pelo médico (número de sessões, procedimentos,...), você:**

- realiza o tratamento, seguindo as orientações prescritas, independentemente da sua posição profissional
- realiza o tratamento somente se concordar com a prescrição
- desconsidera a prescrição e faz o tratamento que considera necessário segundo sua avaliação
- discute os procedimentos fisioterapêuticos com o paciente
- discute os procedimentos fisioterapêuticos com o médico
- se o médico e/ou o paciente não concordarem com a alteração de tratamento que você propõe, você se recusa a atender o paciente

5.2 - **Você explica ao seu paciente o tratamento (manobras, procedimentos) que será utilizado?**  SIM  NÃO

JUSTIFIQUE \_\_\_\_\_

5.3 - **Diante das distintas possibilidades de tratamento que a fisioterapia disponibiliza, para um mesmo caso, você consulta o paciente sobre a escolha?**  SIM  NÃO

JUSTIFIQUE \_\_\_\_\_

5.4 - **Quando percebe que o caso a que está atendendo não responde às expectativas esperadas com o tratamento proposto, você:**

- reencaminha o paciente ao médico que o indicou/atendeu

- encaminha o paciente a outro(s) médico(s)
- encaminha o paciente a outros profissionais da saúde

5.5 - **É comum encaminhar pacientes a outros profissionais de saúde?**  SIM  NÃO

5.5.1 - **Caso afirmativo, a quem encaminha?**

(marque por ordem de frequência, iniciando com o número 1)

- enfermeiras/os       fonoaudiólogas/os       odontólogas/os
- psicólogas/os       nutricionistas       educadoras/es físicas/os
- outra/o(s) \_\_\_\_\_

5.6 - **Você encaminha pacientes a outros fisioterapeutas?**  SIM  NÃO

5.6.1 - **Caso afirmativo, em que situações?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.7 - Quando necessita que outro fisioterapeuta atenda aos seus pacientes (por motivos de férias, licença, ...), você encaminha o paciente com:**

- sua avaliação
- o resumo do caso
- os procedimentos fisioterapêuticos realizados
- os procedimentos fisioterapêuticos a serem seguidos
- apenas encaminha, deixando que o outro profissional faça uma nova avaliação e determine os procedimentos fisioterapêuticos

**5.8 - Para atualizar seus conhecimentos profissionais, nos últimos dois anos, você participou de:**

- |   | frequência |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> cursos de atualização ( 40 h).....               | _____      |
| <input type="checkbox"/> cursos de aperfeiçoamento (160 h).....           | _____      |
| <input type="checkbox"/> seminários, palestras sobre temas de saúde ..... | _____      |
| <input type="checkbox"/> estudos em grupo.....                            | _____      |
| <input type="checkbox"/> discussão de casos.....                          | _____      |
| <input type="checkbox"/> outra(s) atividade(s): .....                     | _____      |

**5.9 - Nos últimos dois anos, você:**

- assinou revista(s) de fisioterapia e/ou reabilitação
- assinou revista(s) de saúde
- buscou artigos científicos na internet

**5.10 - Nas suas atualizações científicas, você encontra temas relacionados à:**

- ÉTICA:**         SIM     NÃO  
**BIOÉTICA:**    SIM     NÃO

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO**

ANEXO 2 – Roteiro para a coleta de dados da pesquisa:

**“ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA: desvelando comportamentos”**

Pesquisadora: Ana Fátima Viero Badaró (UFSM) Orientadora: Dr<sup>a</sup> Dirce Guilhem (UnB)

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

<b><u>DADOS DA ENTREVISTA/PARTICIPANTES</u></b>		
LOCAL DA ENTREVISTA _____		GRAVAÇÃO Nº _____
DATA: ____ / ____ 2007	HORÁRIO: início _____	término _____
<b>PARTICIPANTES:</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>
- _____	_____	_____
- _____	_____	_____
<b>QUESTÕES</b>		
<b>I - Texto conceitual: Bioética (*):</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>De acordo com o texto apresentado, como você vê a relação da bioética com a fisioterapia?</li> </ul>		
<b>II - Nas relações terapeuta-paciente e inter-profissionais:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exemplifique o respeito à autonomia.</li> <li>De quem é a responsabilidade pela cura?</li> <li>Como você avalia se o seu tratamento faz bem ao paciente?</li> </ul>		
<b>III- Em relação aos procedimentos terapêuticos:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>De que forma eles são determinados para o tratamento do paciente?</li> <li>Quem prescreve? Quem executa?</li> <li>E quem decide? (e se o paciente não concordar?)</li> </ul>		
<b>IV - Como são priorizados os procedimentos técnicos?</b>		
<b>V - O que é um dilema ético na fisioterapia?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que problemas são encontrados na atuação da fisioterapia?</li> <li>Como são enfrentados e/ou resolvidos?</li> </ul>		

As discussões deverão buscar:

- o posicionamento ético adotado pelos fisioterapeutas frente às ações terapêuticas desenvolvidas;
- a forma de relacionamento entre o terapeuta e o paciente;
- a existência de priorização de determinados procedimentos técnicos em detrimento de outros.

## ANEXO 3 – Aprovação do CEP:



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Comitê de Ética em Pesquisa

## CARTA DE APROVAÇÃO

Título do Projeto de Pesquisa: “Ética e bioética na práxis da fisioterapia – desvelando comportamentos”.

Número do Processo: 23081.015630/2006-25

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0126.0.243.012-06

Pesquisador Responsável:

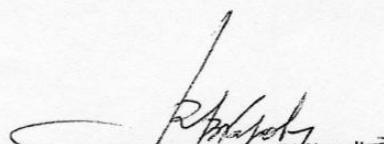
Nome: Ana Fátima Viero Badaró

Telefone: 55 3221-9233

Email: badaroana@uol.com.br

Projeto Aprovado em: 07/11/06.

Alterações Aprovadas em: 21/11/06



Prof. Dr. Ricardo Bins Di Napoli  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa - UFSM

## ANEXO 4 – TCLE-Questionário:

1ª via - pesquisadora

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A pesquisa **Ética e Bioética na Práxis da Fisioterapia: desvelando comportamentos**, de autoria de Ana Fátima Viero Badaró (docente da UFSM), sob a orientação da Profª Drª Dirce Guilhem (docente da UnB), tem por objetivo identificar, no pensar e no agir dos fisioterapeutas de Santa Maria, os elementos éticos e bioéticos propostos na teoria principialista (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e contribuir para o desenvolvimento da bioética nas questões que envolvem a fisioterapia como profissão.

A pesquisa está dividida em duas etapas: a primeira será o levantamento de dados por meio de um questionário, a ser respondido pelos fisioterapeutas que atuam nesta cidade; e a segunda, uma entrevista, realizada por esta pesquisadora, com alguns desses profissionais que responderam ao questionário.

Nessa primeira etapa, a do questionário, realiza-se o levantamento do perfil profissional, com um instrumento semi-estruturado, objetivando conhecer quem são esses profissionais do ponto de vista da formação acadêmica e do tipo de atuação no mercado de trabalho. Busca-se, também, saber como as questões bioéticas estão inseridas na prática profissional.

É importante salientar que as questões são de ordem pessoal e que não se avalia o que é certo ou errado, apenas se verificam situações e concepções dos fisioterapeutas sobre essas abordagens na atualidade. Os participantes deverão sentir-se à vontade para responder todo o questionário ou apenas parte dele, sem que isto lhes cause qualquer constrangimento.

Será acertada com o participante a data para recolhimento deste questionário, delimitando-se o prazo, em até oito dias, após a entrega do instrumento.

As informações obtidas sobre os dados pessoais dos participantes são de caráter sigiloso e a identidade deles será preservada, não acarretando nenhum tipo de risco aos pesquisados. Os dados coletados servirão apenas para os fins propostos neste estudo e ficarão sob a guarda da pesquisadora. Os questionários serão destruídos após a conclusão e publicação do estudo. O participante poderá retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa e, para isso, deverá apenas entrar em contato com esta pesquisadora, que lhes devolverá o questionário, retirando seus dados da pesquisa.

Os resultados finais deste estudo serão relatados aos participantes e à comunidade por meio de palestras, a serem divulgadas em nota publicada no Jornal do CREFITO-5 - RS e no Boletim da AFISM. O evento de divulgação será realizado em local público, sem ônus para os participantes, que poderão também procurar a pesquisadora para terem acesso aos resultados. Os dados finais serão encaminhados ao GAP - CCS e ao CEP - UFSM, como relatório de pesquisa, e publicados em eventos e revistas científicas.

---

 Ana Fátima Viero Badaró

Eu, \_\_\_\_\_, fisioterapeuta, RG nº \_\_\_\_\_, CREFITO \_\_\_\_\_, após tomar ciência da proposta deste estudo por meio da pesquisadora e ratificado no texto acima, considero-me plenamente esclarecido, sabendo que poderei a qualquer momento tirar dúvidas e/ou rever essa posição, sem que isto me cause qualquer transtorno. Estou de acordo em responder ao questionário, participando da pesquisa como voluntário (a).

Santa Maria, / / 2006

Assinatura \_\_\_\_\_

Contato: Ana Fátima Viero Badaró

Fisioterapeuta –Crefito 1654-F

 Docente do Curso de Fisioterapia da UFSM  
 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB  
 Telefones para contato: (55) 3220 8234 / 32219233

## ANEXO 5 – TCLE-Entrevistas:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta é a segunda etapa da pesquisa **Ética e Bioética na Práxis da Fisioterapia: desvelando comportamentos**, de autoria de Ana Fátima Viero Badaró (UFSM) e Dirce Guilhem (UnB). Nessa etapa, após o questionário, pretende-se evidenciar os aspectos éticos que norteiam a práxis dos fisioterapeutas de Santa Maria, RS, por meio de entrevistas, nas quais foram sorteados alguns fisioterapeutas que responderam ao questionário.

Considera-se que este estudo contribuirá para o desenvolvimento reflexivo das questões éticas e morais que envolvem a fisioterapia como profissão.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para a análise.

É importante salientar que as questões são de ordem pessoal e que não se avalia o que é certo ou errado, apenas se verificam situações e concepções vivenciadas pelos fisioterapeutas no decorrer do exercício da sua profissão.

Os participantes deverão sentir-se à vontade para responder ou não às questões, sem que isto lhes cause qualquer constrangimento.

A identidade dos participantes será preservada, não acarretando a eles nenhum tipo de risco. Os dados coletados servirão apenas para os fins propostos neste estudo e ficarão sob a guarda da pesquisadora. Após a conclusão do estudo e publicação dos resultados, as entrevistas serão apagadas. O participante poderá retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa e, para isso, deverá apenas entrar em contato com esta pesquisadora.

Os resultados finais deste estudo serão relatados aos participantes e à comunidade por meio de palestras, a serem divulgadas em nota publicada no Jornal do CREFITO-5 - RS e no Boletim da AFISM. O evento de divulgação será realizado em local público sem ônus para os participantes, que poderão também procurar a pesquisadora para terem acesso aos resultados. Os dados finais serão encaminhados ao GAP - CCS e ao CEP - UFSM, como relatório de pesquisa, e publicados em eventos e revistas científicas da área.

Eu, \_\_\_\_\_, fisioterapeuta, RG nº \_\_\_\_\_, CREFITO \_\_\_\_\_, após tomar ciência da proposta deste estudo por meio da pesquisadora e ratificado no texto acima, considero-me plenamente esclarecido, sabendo que poderei a qualquer momento tirar dúvidas e/ou rever esta posição, sem que isto me cause qualquer transtorno. Estou de acordo em participar da entrevista, colaborando como voluntário desta pesquisa.

Santa Maria, \_\_\_\_/\_\_\_\_de 2006

Assinatura \_\_\_\_\_

Contato:

Ana Fátima Viero Badaró

Fisioterapeuta – Crefito 1654-F

Docente do Curso de Fisioterapia da UFSM

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB

Telefones para contato: (55) 3220 8234 / 32219233

## ANEXO 6 – Carta de solicitação para validação do instrumento:

Santa Maria, julho de 2006

Caro (a) Colega

Venho, por meio desta carta, solicitar a sua colaboração para testar este instrumento de pesquisa.

O instrumento que estou lhe entregando faz parte da proposta de pesquisa que vou desenvolver no Curso de Doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob a orientação da prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dirce Guilhem. O tema do estudo é ÉTICA E BIOÉTICA NA PRÁXIS DA FISIOTERAPIA: desvelando comportamentos.

Posteriormente, o instrumento final será direcionado aos fisioterapeutas de Santa Maria, para identificar o perfil desses profissionais em relação aos seus conhecimentos éticos e bioéticos.

A sua participação se restringirá em colaborar com o teste do instrumento, no qual se busca saber se a forma apresentada e a formulação das questões estão adequadas ao propósito desse estudo. As suas respostas não serão analisadas, interpretadas e tampouco divulgadas; também se manterá o sigilo da sua identidade quando se citar essa etapa do teste no projeto e na divulgação científica.

Como esta é uma situação de teste de instrumento, e não de levantamento de seus conhecimentos, apesar de que para testá-lo você deverá responder as questões, neste momento, não se requer um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mesmo assim, você poderá solicitar, a qualquer momento, a devolução do instrumento com os dados que respondeu. Após o término do estudo, esse material será destruído.

Se você aceitar colaborar, agradeço sua participação e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Ana Fátima Viero Badaró  
Docente do Curso de Fisioterapia –UFSM  
Doutoranda da Faculdade de Ciências da Saúde -UnB

ANEXO 7 – Textos: Bioética o que é?:

## **BIOÉTICA: o que é?**

### Texto 1

... a bioética emergiu há praticamente quatro décadas (1970-2007), como uma nova área de educação e sensibilidade ética voltada para preservar e cuidar da vida humana, e mesmo cósmico-ecológica, diante dos extraordinários avanços tecnocientíficos no âmbito das ciências da vida e da saúde.

Léo Pessini e Christian Barchifontaine  
**Bioética na Ibero –América: História e Perspectivas.** Apresentação: p. 9, 2007.

### Texto 2

Bioética, termo composto pelo binômio “bios” e “ética”.

De um lado, identificada simplesmente com as novidades e informações científicas emergentes das biotecnologias. De outro lado, vista por pesquisadores como controle e obstáculo ao avanço científico. Contrapondo-se a essas compreensões está a bioética pensada como atividade ética e particularmente sistematizada de forma acadêmica.

Márcio Fabri dos Anjos  
**Bioética no Brasil: tendências e perspectivas.**  
Apresentação: p. 14-15, 2007.

ANEXO 8 - Tema livre a ser apresentado na forma de Pôster no 9<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS OF BIOETHICS (set./2008)

## ETHICS AND BIOETHICS IN PHYSICAL THERAPY

Ana Fátima Viero Badaró

Center of Health Sciences – Federal University of Santa Maria, Brazil

Dirce Guilhem

College of Health Sciences – University of Brasília, Brazil

**Introduction:** Bioethics and Physical Therapy have consolidated very fast and incorporated multi and interdisciplinary knowledge.

**Objective:** to verify the inclusion of discussion about ethics and bioethics in Physical Therapy field.

**Method:** exploratory study, with systematic literature review technique, carried out in electronic databases, websites of Physical Therapy magazines and direct contact with authors, between July and September 2007. Articles published from the year 2000 on were included. They were categorized according to the *type of study*: field research, ethical reflections, historical review, case study and teaching models; and they were analyzed based on the *text approach*: professional and philosophical ethics, research ethics, ethics development and professional education.

**Results and Discussion:** twenty three articles were selected. Nineteen are American, two are Brazilian and two are French. Regarding the type of study, 8 articles described results of Field Researches, 07 had Ethical Reflections, 03 included Historical Review, 03 discussed Case Studies and 02 had Teaching Models for the Physical Therapist education. Regarding the text approach, 14 articles discussed the code of ethics or ethical behavior (Professional Ethics), 07 analyzed ethics education (*Ethics Education*) and/or proposed models of ethics education in health (Education), 03 involved the concept of ethics and moral (Philosophical Ethics), 03 discussed the history of ethics in the profession, moral principles, and the code of ethics (Ethics Development), and 03 articles approached issues on respect and care with patients participating in researches (Research Ethics). In 2000, two publications were highlighted: Purtilo's publication, which stated the focus of studies on professional ethics for this new millennium, and the special edition of the *Journal of Physical Therapy*, which had 8 articles about ethical issues involving the profession. In 2002, Swisher's publication was highlighted. It was a retrospective study (1970-2000) about ethics and physical therapy, which analyzed 90 articles in American periodicals. There was a decrease in the number of publications in the following years. This number increased again in 2006, with diverse approaches which addressed the worries of experienced physical therapists, models of ethics teaching in physical therapy, informed consent and investigation, physical therapists's ethical values as well as fraud and negligence generated by ethical conflicts. There was also the inclusion of Nancy Kirsch's column in *Physical Therapy* magazine.

**Conclusion:** In the international scenario, the evolution of bioethics research in Physical Therapy is timid, but ever-increasing. In Brazil and in Latin America there is a lack of such studies, which shows it is necessary to include this theme among the physical therapists discussions.

Theme: Professional Ethics

Keywords: Physical Therapy and Bioethics

ANEXO 9 – Tema livre apresentado na forma de Pôster no Congresso de Ciências Sociais em Saúde – ABRASCO. Julho – 2007.

## **ÍNDICE DE PÓS-GRADUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS DE SANTA MARIA –RS EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA**

**Autores:**

**Ana Fátima Viero Badaró – UFSM**  
**Dirce Guilhem – UnB**

**Introdução:** A área de recursos humanos em saúde pública, há mais de três décadas, vem ocupando a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde. Os fisioterapeutas são profissionais da área da saúde, que vem tentando se inserir no campo da saúde coletiva e da saúde pública, em âmbito nacional, enfrentando desafios na tentativa de desenvolver um modelo de atenção integral a saúde. Esse estudo foi realizado em Santa Maria, uma cidade da região central do Rio Grande do Sul, que possui duas escolas de fisioterapia, sendo uma delas federal e que foi a pioneira no estado. Atualmente, conta com aproximadamente 250 fisioterapeutas atuando na cidade. **Objetivo:** Na intenção de contribuir com o reconhecimento dessa profissão na atenção à saúde, buscou-se identificar os profissionais fisioterapeutas com capacitação na área de saúde coletiva/pública e verificar a inserção destes no sistema de saúde local. **Metodologia:** Foram incluídos no estudo 168 fisioterapeutas, a coleta de dados foi efetuada através de questionário semi-estruturado. Considerou-se os níveis de especialização, mestrado e doutorado concluídos ou em conclusão, identificando-se as áreas de saúde voltadas a atenção integral do indivíduo. **Resultados:** Dentre os participantes verificou-se que 62,5% (105) têm especialização, e destes, somente 13,3% (14) é na área de saúde coletiva/pública, com titulação variando entre saúde coletiva, saúde comunitária, saúde da família, saúde do escolar e saúde. 18,45% (31) tem mestrado e ,destes, 12,9% (4) são na área da saúde coletiva/pública, com titulação em saúde pública (1), em saúde coletiva (2) e 1 em saúde (1). 7,14% (12) tem doutorado em diferentes áreas, sendo que a saúde coletiva/pública não está incluída. No que se refere à área de atuação, observou-se que dos participantes do estudo; 22,02 % (37) atuam na docência da fisioterapia; 21,42% (36) atuam em hospitais; 26,19% (44) trabalham em instituições públicas. Na interface e relacionando a formação em saúde coletiva/pública com a atuação profissional, observou-se que dos 14 especialistas apenas 04 estão atuando junto à comunidades e dos 04 mestres, apenas 02 deles estão inseridos em ações comunitárias. Observou-se ainda que dos 44 fisioterapeutas que trabalham em serviços públicos de saúde e/ou ensino, apenas 11 tem capacitação em saúde pública/coletiva. **Conclusão:** Esses resultados, tornam visíveis que embora os fisioterapeutas demonstrem interesse em capacitar-se na área de saúde coletiva/pública durante a realização da especialização, isso não garante sua inserção nessa área durante o exercício profissional, uma vez que o mercado de trabalho está mais direcionado para ações hospitalares e de reabilitação. Por outro lado não existe uma política mais expressiva do sistema de saúde pública local em capacitar esses profissionais nessa área. Frente a esse contexto, aqueles que optam por seguir a carreira acadêmica, buscam outra área de formação.

Código do subtema: A.3 Formação e ensino de profissionais da saúde

ANEXO 10 – Tema livre apresentado na forma de Pôster no Congresso Brasileiro de Bioética, agosto – 2007.

**FISIOTERAPEUTAS DE SANTA MARIA-RS:  
perfil profissional, áreas de atuação e população assistida**

**Autoras:** Ana Fátima Viero Badaró<sup>(1)</sup>; Dirce Guilhem<sup>(2)</sup>

**Introdução:** Este estudo foi realizado em Santa Maria, cidade da região central do Rio Grande do Sul, que é referência na atenção à saúde na região. A coleta de dados foi feita entre outubro de 2006 e fevereiro de 2007, período em que, aproximadamente, 250 fisioterapeutas exerciam alguma atividade profissional na cidade. **Objetivo:** Conhecer o perfil profissional dos fisioterapeutas que atuam na cidade de Santa Maria-RS e identificar as áreas de atuação e a população por eles assistida. **Metodologia:** Este é um estudo transversal, descritivo e a coleta de dados efetuou-se por meio de questionário semi-estruturado e incluiu 167 fisioterapeutas. **Resultados:** Os profissionais entrevistados são predominantemente de pessoas do sexo feminino (83,2%), com 61% na faixa etária compreendida entre 22 e 35 anos. Quanto à formação, 74% são graduados pela UFSM e 45% formaram-se a partir do ano 2000. Dos 106 fisioterapeutas que realizaram uma especialização, 31,5% o fizeram na área musculoesquelética, seguida pelas áreas de saúde pública e respiratória, com 11,7% em cada uma delas. Quanto ao exercício da profissão, 32 fisioterapeutas exercem a docência em fisioterapia, 16 trabalham em setores de internação hospitalar, 04 são funcionários da prefeitura municipal, 11 prestam apenas assistência domiciliar, 15 atuam somente em consultório e 26 em clínicas privadas. A maioria deles, (52,4%), atuam de forma autônoma, sem vínculo empregatício. Quanto ao público atendido, 137 fisioterapeutas referiram trabalhar com idosos, mulheres e trabalhadores, 96 com adolescentes, 55 com crianças, 41 com escolares, 23 com recém-nascidos e 18 com outros grupos. Quanto à categorização dos clientes, os fisioterapeutas referiram atender pacientes particulares (130) e conveniados (103). **Conclusão:** Os resultados apontaram que a maioria dos fisioterapeutas são profissionais jovens, que buscam se qualificar para atender a maior demanda de trabalho, representada por clínicas e consultórios, o que exige maior conhecimento na área músculo-esquelético. São profissionais liberais que, em sua maioria, trabalham sem vínculo empregatício e atendem uma demanda significativa de clientes particulares. Isso demonstra a falta da inserção dos fisioterapeutas em serviços de saúde, tanto públicos como privados, o que ocasiona carência desses serviços para a população.

<sup>(1)</sup> Fisioterapeuta; doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UnB; docente Curso de Fisioterapia – UFSM

<sup>(2)</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde; professora titular da UnB

ANEXO 11 – Tema livre aprovado, a ser apresentado na forma de Pôster no XVIII Congresso de Epidemiologia – setembro-2008

## CONHECIMENTO DOS FISIOTERAPEUTAS DE SANTA MARIA-RS SOBRE ÉTICA E BIOÉTICA

**Autoras:** Ana Fátima Viero Badaró <sup>(1)</sup>; Dirce Guilhem <sup>(2)</sup>

**Introdução:** Ética e bioética são temas da atualidade que vêm ocupando, cada vez mais, espaços nas discussões em saúde e na formação de profissionais. Este estudo foi realizado com fisioterapeutas da cidade de Santa Maria - RS, que conta com aproximadamente 250 profissionais. **Objetivo:** verificar, entre os fisioterapeutas, a origem dos conhecimentos sobre ética, como avaliam seus conhecimentos sobre bioética e sobre a Resolução 196/96 e se possuem pesquisas avaliadas pelos CEP. **Metodologia:** Este é um estudo transversal, descritivo e a coleta de dados efetuou-se por meio de questionário semi-estruturado. Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico SAS (versão 8.02). Participaram do estudo 167 fisioterapeutas. **Resultados:** Quanto à origem dos conhecimentos sobre ética os fisioterapeutas referiram como principal fonte: família (121), atividades profissionais (117) e escola (62). Entre os conceitos discutidos na graduação em fisioterapia, os mais apontados foram: responsabilidade (85,02%), ética (82,63%), respeito (76,64%), confidencialidade (56,88%), autonomia (50,29%), moral (50,29%), bioética (38,32%) e verdade (37,16%). Quanto à capacitação em bioética, 16 (9,58%) fisioterapeutas realizaram algum curso, destes, 08 foram em disciplinas da pós-graduação, a partir de 2002. Sobre como consideram seus conhecimentos em bioética, 40 (23,95%) consideraram muito bom ou bom, 60 (35,92%) consideraram razoável, 62 (37,12%) consideraram pouco e 02 (1,19%) não conhecem. Entre aqueles que consideraram muito bom ou bom, 32 (53,33%) possuem pós-graduação e 12 (20%) são docentes. Dos 122 (73,05%) que consideraram pouco ou razoável, 80 (65,57%) possuem pós-graduação e 09 (7,37%) são docentes. Quanto ao conhecimento sobre a Resolução 196/96, 32 (19,16%) responderam não conhecerem, 40 (23,95%) conhecem pouco, 44 (26,34%) conhecem parcialmente, 36 (21,55%) conhecem razoavelmente e 13 (7,78%) conhecem totalmente. Dos que não conhecem, 21 (65,62%) são pós-graduados a nível de especialização. Dos que conhecem parcialmente ou pouco, (84), 60 (71,42%) são pós-graduados e 09 são docentes (10,71%). Dos que conhecem razoavelmente ou totalmente, (49), 41 (83,67%) são pós-graduados e 19 (38,77%) são docentes. Quanto à realização de pesquisas com seres humanos 94 (56,28%) responderam que já haviam realizado algum tipo de pesquisa; tiveram projetos aprovados nos CEP 90 fisioterapeutas (53,89%) e, destes, 56 (62,22%), com um ou dois projetos. **Conclusão:** Estes resultados apontam que a universidade não é a principal responsável pela formação ética dos fisioterapeutas, apesar deste conhecimento estar entre os mais mencionados na graduação, ao lado da responsabilidade. Poucos são os que realizaram algum curso de bioética, mas muitos consideram seus conhecimentos nessa área como bons ou razoáveis. Admitem não conhecerem bem a Resolução 196/96, apesar do grande número de projetos aprovados nos CEP. A pós-graduação e/ou a docência não proporcionam um conhecimento mais apurado de bioética e/ou dos preceitos da Resolução 196/96. Diante desse quadro considera-se necessário uma maior discussão sobre ética e bioética entre os fisioterapeutas.

(1) Fisioterapeuta; doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde-UnB; docente Curso de Fisioterapia – UFSM

(2) Enfermeira, doutora; professora titular da Universidade de Brasília