

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

GLÁUCIA TELES DE ARAÚJO BUENO

**BIOÉTICA E FISIOTERAPIA: UM PANORAMA NA PERSPECTIVA DO
DESENVOLVIMENTO DE SUAS INTERFACES NO BRASIL**

Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-
Graduação em Bioética da Universidade de
Brasília

Orientador: Prof. Dr^o Cláudio Fortes
Garcia Lorenzo

Brasília- DF

2012

GLÁUCIA TELES DE ARAÚJO BUENO

**BIOÉTICA E FISIOTERAPIA: UM PANORAMA NA PERSPECTIVA DO
DESENVOLVIMENTO DE SUAS INTERFACES NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Bioética
pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da
Universidade de Brasília

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^o. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr^o. Volnei Garrafa

Universidade de Brasília

Prof. Dr^a. Aldira Guimarães Duarte

Universidade de Brasília

Prof. Dr^a Dais Rocha

Universidade de Brasília

*Dedico a todos os fisioterapeutas, que
juntamente comigo, acreditam e lutam por
uma profissão mais humanizada.*

AGRADECIMENTOS

Infinito amor a Deus, que sempre esteve ao meu lado, deixando-me entregue aos seus passos.

Aos meus pais, por intenso amor que dedicam a minha vida em todos os momentos.

Ao meu marido, Gustavo, por toda dedicação, amor e abdicção neste processo, por às vezes que foi “pãe”, na minha ausência, sempre me incentivando e me alegrando nos momentos difíceis.

As duas sementes do amor maior de Deus na minha vida: Davi e Gabriela, por eles existirem e pelos momentos em que apenas um sorriso ou olhar me revigoravam as forças.

Aos meus irmãos, por estarem em todos os momentos dispostos a me ajudar.

Um devoto agradecimento, muito mais que especial, em muito mais do que orientar os passos, delinear as ideias e traçar os objetivos e sim de ter a oportunidade de conhecer um incentivador, protetor, defensor, que acreditou em mim em todos os momentos (mesmo aqueles que até eu achava impossível), muito obrigada por partilhar destes momentos comigo, o seu “paiternalismo”, foi o responsável por mais este passo da caminhada. Ao Prof. Cláudio, eu serei eternamente grata.

Ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, na pessoa do Prof. Volnei, pela credibilidade e confiança a mim depositada.

Aos membros que compõe a mesa desta avaliação, por disponibilizarem os seus tempos, as suas ideias e partilhar as suas considerações que com certeza serão de extrema importância para a minha formação acadêmica.

*“Para tudo há um tempo, para
cada coisa há um momento
debaixo do céu”*

Eclesiastes 3,1

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo principal sistematizar alguns conhecimentos que venham contribuir para construir uma interface entre a Bioética e a Fisioterapia, apontando caminhos para aplicabilidade desse novo campo de saber ao ensino e à prática da fisioterapêutica. Primariamente foi feita uma revisão sobre Bioética Clínica e a Fisioterapia, observando o cenário traçado entre elas, a origem histórica, os métodos de resolução de conflitos morais propostos pela bioética clínica e os principais conflitos encontrados em sua prática. Em relação à Fisioterapia identificaram-se as práticas de atuação, abordaram-se questões do ensino e as perspectivas internacionais e nacionais no cenário da Bioética e da Fisioterapia. Posteriormente, realizou-se uma análise de conteúdo nas publicações nacionais indexadas que tratavam dessa interface, buscando investigar suas definições conceituais, filiações teóricas e escolhas temáticas. O estudo pode evidenciar como ambos os campos de saber estão inseridos, muitas vezes, em contextos similares de atuação, mas as tentativas de construção de uma interface circulam em torno de um espectro relativamente restrito de práticas e conflitos que não contemplam toda a amplitude da inserção do fisioterapeuta no campo da saúde e mostram-se afastadas dos referenciais teóricos da Bioética Brasileira. O estudo se conclui com três propostas para a construção da interface da bioética e da Fisioterapia em relações relativas ao ensino como o desenvolvimento de programas presenciais e a distância para a capacitação em Bioética de professores e pesquisadores em Fisioterapia, e outras áreas da saúde, pelos programas de pós-graduação em Bioética; atendimento às novas diretrizes nacionais curriculares para o curso de Fisioterapia, contemplando os conteúdos de Bioética de forma coerente com a realidade do país e com as tendências teóricas aqui desenvolvidas; projetos das associações profissionais de Fisioterapeutas e de Faculdades de Fisioterapia para o estímulo a profissionais e graduandos em concorrer a vagas nas pós-graduações em Bioética, com vistas a formar novos bioeticistas brasileiros, oriundos da Fisioterapia.

Palavras-chave: bioética; ética; fisioterapia; deontologia

ABSTRACT

This present work aimed to systematize some knowledge that will contribute to build up an interface between Bioethics and Physiotherapy, indicating pathways to the applicability of this new field of knowledge to the teaching and practice of physical therapy. First of all a review was made on Clinical Bioethics and Physiotherapy, searching the set between them. Consequently, a content analysis was carried out in the indexed national publications that were dealing this interface in order to investigate its conceptual definitions, theoretical affiliations and thematic choices. The study may evidence how both fields of knowledge are often inserted in similar contexts of action, but attempts to build an interface moving around a limited narrow spectrum of practices and conflicts that do not cover the whole range of integration of the physiotherapist in the health field and show itself away from the theoretical framework of the Brazilian Bioethics. The present study concludes with three specific proposals for the construction of the interface on education as the development of programs and distance training in bioethics for teachers and researchers in physical therapy, and other areas of health, the graduate programs in bioethics; meeting the new national curriculum guidelines for the course of physiotherapy, contemplating the contents of Bioethics in a manner consistent with the reality of the country and with the theoretical developed here; projects of professional associations of physiotherapists and physiotherapy faculties to stimulate professionals and graduates to compete for places in graduate programs in bioethics, in order to form new Brazilian bioethicists, from Physical Therapy.

Keywords: Bioethics, Ethics, Physical Therapy, Deontology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sigla ou abreviatura	Significado
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração de Direitos Humanos
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCIELO	ScientificElectronic Library Online
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Introdução.....	12
1. Revisão da Literatura.....	15
1.1. Um Breve Panorama da Bioética.....	15
1.2. Métodos de Análise dos Conflitos Morais.....	19
1.2.1. A Teoria Principlialista.....	19
1.2.2. O princípio de respeito à autonomia.....	20
1.2.3. O princípio da Beneficência.....	22
1.2.4. O princípio da Não-maleficência.....	23
1.2.5. O princípio da Justiça.....	24
1.3. Outros Modelos de Análise dos Conflitos em Bioética Clínica.....	25
1.3.1. O método de Diego Gracia.....	26
1.3.2. O método de Thomasma.....	29
1.4. A Bioética Clínica e suas práticas.....	30
1.4.1. A relação profissional de saúde-paciente.....	30
1.4.2. Conflitos que envolvem a veracidade.....	31
1.4.3. Conflitos que envolvem a confidencialidade	32
1.4.4. Conflitos que envolvem a autonomia.....	34
1.5. Alguns conflitos em Bioética Clínica relacionados a saúde.....	36
1.5.1. A bioética clínica nas UTI.....	36
1.5.2. Questões que envolvem a eutanásia e distanásia.....	37
1.5.3. Questões que envolvem os cuidados paliativos.....	39
1.6. Os Comitês Hospitalares em Bioética.....	41
1.7. Bioética e Saúde Pública.....	31
1.8. Alguns modelos da Bioética Brasileira e Latino-Americana.....	42

2.	A Fisioterapia como profissão.....	48
2.1.	A história da fisioterapia no Brasil.....	48
2.2.	A Fisioterapia no ensino.....	51
2.3.	A Fisioterapia e suas práticas.....	54
2.4.	A Bioética e a fisioterapia: perspectivas internacionais e nacionais....	56
3.	A visão da bioética pela fisioterapia nos artigos nacionais indexados.....	62
3.1.	Materiais e Métodos.....	63
3.2.	Resultados e Discussão.....	65
3.3.	Categorias e Índices de Inferências.....	66
3.3.1.	Conceituação e caracterização da Bioética.....	66
3.3.2.	Identificação dos conflitos Bioéticosna prática.....	68
3.3.2.1	Conflitos em relação à autonomia.....	69
3.3.2.2.	Conflitos em relação à veracidade.....	71
3.3.2.3.	Conflitos em relação à confidencialidade.....	72
3.3.2.4.	Relação Interprofissional e Intraprofissional.....	75
3.3.3.	Conflitos em torno da condição clínica do paciente.....	76
3.3.4.	Necessidade de Formação do Fisioterapeuta em Bioética.....	78
	Considerações Finais.....	81
	Referências.....	85
	Anexos.....	99

INTRODUÇÃO

Delineada por um neologismo, originado conceitualmente das palavras “Bio” e “ética”, a Bioética, emergiu no início dos anos de 70, nos Estados Unidos, em uma época histórica marcada por intensas discussões sobre os direitos civis dos negros, a legalização do aborto, questões que envolviam instituições tradicionais como a família e as religiões como também por um extraordinário progresso científico e tecnológico com profunda modificações culturais. Este termo foi empregado pela primeira vez por Van Rensselaer Potter, que destacou a importância de criar um novo campo da ética onde pudesse unir os conhecimentos filosóficos às ciências da vida.

Esta concepção da nova ética, não se absteve apenas a intersecção da ética com as ciências da vida sendo rapidamente transposta para a Medicina e para as Ciências Biológicas, já em meados de 1971, por André Hellegers, e posteriormente difundida para outras áreas do conhecimento. Com este vasto território de estudo, sua atenção se volta para questões sociais, ambientais, políticas públicas, a ética na pesquisa e ainda situações que persistem e emergem aos conflitos morais.

Um dos oriundos e significativos campos de ação da Bioética, consolidado tanto por sua conotação original quanto pelas teorias clássicas destinadas a ele, é o território que estuda, analisa e propõe ações frente às questões morais vivenciadas pelos profissionais da saúde e por todos que estão vinculados com o ato de cuidar. A Bioética clínica é considerada um ramo de análise da Bioética, que tem o intuito de refletir sobre a relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes, bem como dirimir conflitos morais para a prática profissional e proporcionar maior reflexão sobre as tomadas de decisões que envolvem aspectos clínicos e morais.

No Brasil, a teoria clássica que orientou concretamente os profissionais da saúde, por intermédio de quatro princípios, denominada Teoria Principlista, influenciou significativamente porém tardiamente a chegada do pensamento bioético brasileiro. No entanto, no decorrer dos anos 90, o modelo baseado nos princípios da autonomia, beneficência, não –maleficência e justiça não estava sendo suficiente para dirimir as questões clínicas mais complexas, necessitando de um pensamento

que envolvesse a contextualização dos macroproblemas, principalmente às situações concretas encontradas nos países latino-americanos.

É a partir deste pensamento que é desenvolvida no Brasil, uma linha de pensamento bioético que tem como referenciais norteadores os direitos humanos contemporâneos e que procura respostas mais adequadas para a análise dos macroproblemas e dos conflitos coletivos nos países pobres em desenvolvimento, incorporando definitivamente temas sociais, sanitários e ambientais a agenda da bioética no século XXI.

Mesmo difundida em vários campos do conhecimento e especialmente reconhecida nas Ciências da Saúde, por seus pressupostos e peculiaridades que envolvem o ato de cuidar, a Bioética ainda se mostra muito incipiente quando se correlaciona com algumas profissões de saúde, como a Fisioterapia. Nesta interlocução ainda parece ser muito tímida, com abordagens clássicas e escassa literatura. Os primeiros relatos que tratam do diálogo destes campos vêm de artigos internacionais que emergiram juntamente com as propostas principialistas.

No Brasil, a chegada da Bioética na profissão de Fisioterapia aconteceu de forma tardia e ainda muito incipiente, percebe-se que estas práticas por serem recentes, estão ainda em processo de identificação e construção, buscando perspectivas para o seu desenvolvimento.

A presente dissertação tem como objetivo principal contribuir para a sistematização dos conhecimentos que contribuam para formar uma interface entre a Bioética e a Fisioterapia, apontando caminhos para aplicabilidade desse novo campo de saber ao ensino e à prática da fisioterapêutica. Como objetivos específicos encontram-se: 1. Proceder uma revisão literária sobre Bioética Clínica e as principais categorias de conflitos por ela estudadas; 2. Apresentar a fisioterapia como profissão de saúde, destacando os conflitos éticos de sua prática e investigando na literatura nacional e internacional como a interface entre essas duas áreas está sendo construída; e 3. Realizar um estudo temático-conceitual sobre as publicações indexadas que no Brasil tentaram traçar uma aproximação entre Bioética e Fisioterapia. Desta forma, este estudo está dividido em três capítulos que contemplam a busca do cumprimento destes objetivos.

No primeiro capítulo far-se-á uma revisão literária que busca demonstrar o panorama geral da bioética clínica, observando desde sua conceituação por bioetistas consagrados, perpassando por seus modelos de atenção a prática, integrando alguns conflitos comumente encontrados e modelando esta ao envolvimento social, que contempla a bioética em saúde pública e os modelos de Bioética brasileira e latino-americana. No segundo capítulo, buscamos nas várias concepções da Fisioterapia no ensino, nas práticas e na visão do mundo, o ponto de interlocução com a Bioética, construindo uma aproximação entre estas duas áreas. No terceiro capítulo é apresentada uma análise de conteúdo pelo modelo de Bardin, dos artigos nacionais indexados dedicados a discutir aspectos da Fisioterapia sob a ótica da Bioética, buscando extrair a concepção e caracterização desse novo campo, as preferências teóricas dos autores e os conflitos eleitos para a discussão.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO DA BIOÉTICA

A Bioética constitui a maior transformação dos antigos e tradicionais domínios da Ética Médica, o seu espectro é um dos campos emergentes da reflexão filosófica, não se abstém apenas da interseção da ética com as ciências da vida, mas constitui-se também de uma disciplina acadêmica, dos estudos sistemáticos das dimensões morais, das ciências da vida e da saúde, englobando a análise da visão moral, das decisões as das condutas com o emprego da transdisciplinariedade^{1, 2}.

Não é considerado simplesmente um novo campo de conhecimento humano que surgiu em face ao progresso tecnológico e científico, a sua expansão é vista como um amadurecimento indispensável em outros campos do saber, denotando a amplitude da sua área de atuação e a sua interação com as ciências e com os valores humanos. Trabalham desde conflitos privados e individuais dos profissionais de saúde frente aos pacientes, dilemas morais que envolvem questões persistentes e emergentes, até complexas decisões sociais enfrentadas junto a legisladores e cidadãos¹.

A compreensão do que significa a Bioética, no início do século XXI, perpassa de um contexto a outro, de uma nação a outra e até mesmo de pensadores a outros dentro de um mesmo País. A sua concepção primária foi realizada no início do ano de 1970, como uma nova forma de conhecer e enfrentar o mundo e a vida a partir da ética³. Van Potter denominou a Bioética como “Ciência da sobrevivência humana”, pensando na Bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética e questionando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia com os valores humanos⁴.

Em 1971, atribui-se a André Hellegers, obstetra holandês, que trabalhava na *Georgetown University*, nos Estados Unidos, a transposição do termo Bioética para

a Medicina e para as Ciências Biológicas e a sua divulgação acadêmica. O termo rapidamente se difundiu para outras áreas do conhecimento ⁵.

Em 1979, a divulgação da obra *Principles of Biomedical Ethics*, escrita por Beauchamp e Childress, traçou uma nova linha de pensamento e raciocínio, conhecida como Principlismo. O enfoque das questões relativas a conflitos éticos passou a ser norteado por quatro princípios básicos: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Este modelo bioético tornou-se rapidamente referência básica para elaboração de discussões e decisões dos conflitos na área da bioética ⁵.

Sem dúvidas, a difusão dos quatro princípios norteou e ainda norteiam conflitos relacionados à prática biomédica e são ainda vastamente utilizados. No entanto, embora seja ainda um importante instrumento de soluções para os conflitos na área biomédica, é importante ressaltar que estes não devem adotados indistintamente para a resolução de todos os conflitos e dilemas em todos os casos, em todas as culturas e em todas as sociedades ⁶.

Foi no sentido dado por Hellegers como reflexão ética voltada para a área biomédica e biotecnológica que a Bioética desenvolveu-se e difundiu-se sendo ainda hoje tratada pela mídia apenas neste sentido. No entanto, o seu território de estudo ampliou-se remetendo a questões ambientais, sanitárias e sociais, dando visibilidade à desigualdade a distribuições de recursos em saúde pública e coletiva, além de grandes debates em ética da pesquisa e conflitos interculturais nas políticas públicas ⁷.

Garrafa e Azambuja defendem que, em com mais de 35 anos de vida a Bioética é um dos campos da ética aplicada que mais avançou. Em seu processo evolutivo e de sua construção, três referenciais passaram a sustentar sua epistemologia e conceituação: 1) Uma estrutura obrigatoriamente multi/inter- transdisciplinar; que permite a análise ampla dos mais variados núcleos do conhecimento. (2) Respeito ao pluralismo moral; a busca do equilíbrio e dos referenciais sociais que orientam as pessoas e a nações na necessidade de uma convivência pacífica; (3) A necessidade de iniciar uma discussão responsável respeitando a contradição do universalismo e do relativismo ético ³. Em meados de 1990, a Bioética difundiu-se pela América

Latina e para o Caribe, nesta época chegando ao Brasil e se consolidando com a formação da Sociedade Brasileira de Bioética ⁵.

De acordo com Garrafa ⁸, a história da Bioética pode ser brevemente descrita em quatro fases. As duas primeiras fases, entre as décadas 70 e 80 foram notadamente marcadas pela sua fundação, consolidação e expansão da nova disciplina. A segunda fase da expansão foi caracterizada pela afirmação do princípalismo, como principal corrente da Bioética em praticamente todos os continentes. Mesmo considerada tardia, a bioética no Brasil sofreu significativa influência do modelo princípalista .

A terceira fase dá-se na década de 90 e foi marcada pelo surgimento de críticas ao princípalismo, permitindo a ampliação dos campos teórico e prático da Bioética. Nessa fase, a comunidade acadêmica passa a reconhecer que este modelo mostrava-se insuficiente para dirimir dúvidas em situações clínicas mais complexas, sobretudo, quando influenciadas, por contextos de injustiças sociais e diversidades culturais⁵.

Proliferam-se aqui diversas propostas de modelos teóricos alternativos para tomadas de decisão na prática clínica e para ampliação dos campos de atuação da Bioética. Finalmente, a quarta e última fase, que se inicia na virada do século XXI e se mantém até o presente momento, vem ressaltando a necessidade de enfrentar de um modo mais ético e concreto as questões sociais e sanitárias, e de garantir a universalidade do acesso de indivíduos e comunidades aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. É a partir deste momento, que os modelos teóricos brasileiro e latino-americanos voltados para as necessidades sociais e características culturais de suas regiões ganham maior relevância e reconhecimento ⁹. Entre estes novos modelos destacam-se a Bioética de Intervenção de Garrafa e Porto ¹⁰ e a Bioética de Proteção de Schramn e Kottow ¹¹.

A característica pluralista do discurso bioético mantém-se em significância, devendo estar presentes áreas das ciências, áreas das humanidades e também todas as áreas da saúde. Relacionando-se com a bioética desta forma, as práticas de saúde se deparam cada vez mais com a caracterização e concepção de dilemas éticos no cotidiano dos profissionais que estão envolvidos na assistência a saúde ¹².

Mencionando Marques Filho ¹³ :

A bioética clínica é um dos ramos mais complexos e desafiadores da bioética. Requer conhecimentos tanto da arte médica, quanto de conceitos jurídicos e científicos.

Este autor denota que os grandes avanços científicos e tecnológicos tornou a interação da bioética clínica com o exercício da Medicina, um elo indispensável.

Certamente, a bioética clínica teve sua origem concebida pelos difíceis dilemas e as situações clínicas críticas que tanto se expandiu na área médica como nas demais profissões de saúde. Bioética clínica, ética clínica e ética biomédica são nomenclaturas que se estabeleceram da mesma origem prática e muitas vezes são utilizadas como ferramentas indistinguíveis ¹⁴.

Em uma obra clássica da Bioética: *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*, Durand ¹⁵ afirma que a ética clínica, se refere a todos os profissionais da saúde, ela é centrada nas relações curtas, imediatas exigidas na relação interpessoal dos profissionais da saúde e seus pacientes, sua característica é ter como *focus* o paciente, excluindo os campos de pesquisa biomédica, a relação com o público e a políticas públicas de saúde. No entanto, o seu local de atuação é variado: hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e até mesmo a própria residência do doente.

Já para o mesmo autor, a ética biomédica é uma expressão voltada para dirimir a prática médica moderna, embasando a ética na tecnociências e nas pesquisas biomédicas, muitas vezes empregada como sinônimo de bioética ¹⁵. Na bioética clínica, o pilar central é discutir as implicações éticas relacionadas aos cuidados com pacientes doentes, refletindo sobre as tomadas de decisões em relação à terapia, diagnóstico e prognóstico ¹⁶.

Para Paccini ¹⁷ a bioética clínica, aplicada na tomada de decisões em saúde, não se desvincula da bioética geral, pois ao se separar a bioética clínica da bioética geral, pode se correr o risco de perder as particularidades e complexidades de casos clínicos e utilizar a ferramenta de algumas filosofias como referência moral.

1.2 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS CONFLITOS MORAIS EM BIOÉTICA CLÍNICA

1.2.1 A Teoria Principlialista

Como tradicionalmente o berço da bioética foi nos Estados Unidos, os modelos de resolução das questões morais que emergiam das questões relacionadas à profissional de saúde-paciente, foram baseados e influenciados nas tradições filosóficas norte-americanas.

A Teoria Principlialista emergiu da obra *Principles of Biomedical Ethics*, de autoria do filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress em 1979, consolidando a força teórica da Bioética, esta clássica obra seguiu o caminho do Relatório Belmont que anos antes defendia que os conflitos morais poderiam ser mediados por “ferramentas” morais, denominadas princípios éticos⁵.

Desta forma, os princípios éticos estabelecidos pelos autores para instrumentalizar os conflitos relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde ou da doença, foram: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça⁵. A fundamentação dos quatro princípios básicos foram definidos como uma espécie de “mantra”, sendo de fácil aplicabilidade e acessibilidade para dirimir os conflitos surgidos no campo da bioética¹⁸.

É de extrema importância lembrar que os autores também defendem que os princípios estão embasados entre si em uma relação denominada prima facie, que propõe que não existe hierarquia entre eles. Observando desta forma, que nenhum destes princípios é superior ou mais valorizado em relação ao outro e que o atendimento entre eles é irrecusável e dependerá sempre de um balanço equilibrado entre os princípios de forma aplicada a cada caso específico.

Conforme Schramm¹⁹, o principlialismo é uma teoria moral que foi duramente criticada no início dos anos 80, por implicitamente atribuir uma ênfase demasiada ao princípio do respeito à autonomia individual em detrimento de outros princípios,

denotando também valores não pertencentes às culturas mediterrânea e latino-americana:

Porem, particularmente entre os profissionais de saúde na sua generalidade, o grau de implantação do princípalismo, não deixa de ser bastante importante e significativo ²⁰.

1.2.2 O Princípio de respeito à autonomia

A discussão do principio da autonomia é observada pelos autores sob duas óticas: a pessoa autônoma e a decisão ou ato autônomo, caracterizando como o focus principal o ato ou a decisão. Assim, o principio da autonomia não seria caracterizado por termos absolutos. Poderia ser o individuo autônomo para uma situação e não para outra. Os critérios selecionados para considerar uma escolha autônoma seriam: (1) Intencionalidade; (2) Entendimento; (3) Ausência de influências coercivas. O respeito à autonomia então se manifesta na relação do paciente e profissional da saúde por meio das condutas práticas, como: “dizer a verdade” “respeitar a privacidade do outro”, “proteger a informação confidencial”, “obter consentimento para intervenção”. Ao mesmo exemplo dos princípios, estas regras não são absolutas e sim devem ser respeitadas prima facie. O consentimento livre e esclarecido também seria uma forma de exercer a autonomia, voltada para a política do cuidado a saúde ²¹.

Há ainda informações dadas pelos precursores do princípalismo que enumeram as situações que demonstram inaptidão do individuo para exercer de forma livre o principio da autonomia. Seriam elas: 1) Inabilidade para expressar uma escolha; (2) Inabilidade para entender uma situação e suas consequências; (3) Inabilidade para entender uma informação relevante; (4) Inabilidade para fornecer um motivo; (5) Inabilidade para fornecer um motivo racional (alguns autores considerariam apenas o motivo, sem qualificação); (6) Inabilidade para medir racionalmente riscos/benefícios; (7) Inabilidade para tomar uma decisão razoável. Desta forma ,Beauchamp e Childress, ainda orientam para o aprimoramento de

testes que possam ser aplicados com a finalidade de mensurar o nível de autonomia de uma determinada pessoa ou da sua escolha²¹

A autonomia é concebida como a capacidade da pessoa de tomar decisões sobre a sua vida, sua saúde, sua integridade e suas relações sociais. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de pressões internas ou externas para a eleição de alternativas que lhe são apresentadas²².

Segre, Silva e Schramm²³, conceituam a autonomia como:

Semanticamente, "autonomia" vem do grego autonomia, palavra formada pelo adjetivo pronominal autos que significa ao mesmo tempo "o mesmo", "ele mesmo" e "por si mesmo" e nomos que significa "compartilhamento", "lei do compartilhar", "instituição", "uso", "lei", "convenção". Nesse sentido, autonomia significa propriamente a competência humana em "dar-se suas próprias leis".

Em tratando de questões relativas à área biomédica, surge o princípio da autonomia, relacionado a questões de interação da moralidade entre profissionais e pacientes. O princípio de respeito à autonomia do paciente, surge como um princípio moral na Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) em 1948, no que se refere à cultura dos direitos humanos fundamentais, incorporou-se a Bioética enfatizando o direito do paciente sobre as suas escolhas em questões essenciais relativas à sua vida e das suas preferências pessoais, colocando que a pessoa do médico, ou outro prestador de assistência a saúde deve *prima facie* respeitar; desde de que não haja razões para descumpri-lo²⁴.

O respeito à autonomia engloba o reconhecimento de uma ação fundamental de assegurar igualmente aos usuários dos serviços de saúde a liberdade de decisão sobre os procedimentos necessários a manutenção do seu bem-estar bem como a informação sobre o seu estado de saúde.

É mister ressaltar que o princípio da autonomia transpassa também obrigações específicas como a veracidade, o respeito a privacidade, proteção da informação confidencial, a obtenção do consentimento antes da intervenção, tanto na saúde como na pesquisa biomédica, o consentimento livre e esclarecido é denotado como uma expressão do princípio da autonomia¹².

No Brasil, desde década de 80, os códigos de ética profissional tentam remeter uma maior significância da autonomia nas relações dos pacientes com os profissionais, crescendo assim a discussão de normas deontológicas que envolvem as práticas de assistência à saúde ²².

1.2.3 O Princípio da beneficência

Já o princípio da beneficência é concebido como “todas as formas de ação direcionadas ao benefício de outras pessoas”. No entanto, o exercício da beneficência também sugere que os danos necessitam ser prevenidos ou removidos, pesando sobre possíveis injúrias ou custos das ações. Para que se possam cumprir todos estes valores na vida prática, é sugestivo que o princípio da utilidade seja uma extensão essencial para a promoção deste, visto que ele não é amplo o bastante para abarcar todos estas premissas . Algumas regras de beneficência essenciais são denotadas pelos autores: (1) Proteger e defender o direito dos outros; (2) Prevenir danos que possam ocorrer a outros; (3) Remover condições que possam causar danos a outros; (4) Ajudar pessoas com deficiências; (5) Socorrer pessoas em perigo ²¹.

Beneficência significa agir com preceitos do bem, como obrigação moral os indivíduos devem agir para o benefício do outro. A beneficência vem sendo associada à excelência profissional e estar contida na máxima do Juramento de Hipócrates: “ Usarei o tratamento para ajudar os doentes de acordo com a minha habilidade e julgamento, e nunca o usarei para prejudica-los”²⁵.

Quando englobada nos cuidados a saúde, o conceito de beneficência significa fazer o melhor para o paciente, não apenas na eficiência e eficácia da terapia, mas também em relação aos preceitos éticos. Para exercer o princípio da beneficência o profissional deve utilizar de todos os conhecimentos e habilidades profissionais em benefício do paciente, considerando nas decisões clinicam a maximização dos benefícios e minimização dos riscos ²⁵.

1.2.4 O Princípio da não-maleficência

Para os autores o princípio da não-maleficência é entendido como a obrigação do profissional intencionalmente não infligir nenhum dano. Em termos práticos, exercendo a dimensão da *prima facie*, os autores o redimensionam em situações extremas como eutanásia, interrupções de gravidez, situações duplo-efeito, suicídio assistido, entre outros ²⁶.

De acordo com Kiperr e Clotet ²⁷, o princípio da Não-maleficência é o dever do profissional de saúde de não causar mal ou danos a seus pacientes intencionalmente, foi concebido como um princípio da ética médica e fundamentado em questões que preconizam o hábito de ajudar ou ao menos não causar danos. Muitas vezes é tido como uma exigência moral das profissões de saúde, traduzindo um dever profissional que se não cumprido pode causar uma prática de assistência negligenciada.

O princípio da não-maleficência recomenda a obrigação de não infligir dano com intenção. Este princípio provém da máxima médica: “*Primum non nocere*”; Acima de tudo (ou antes, de tudo) não causar dano. Difere-se da beneficência no sentido de envolver abstenção, negação, passividade, enquanto o princípio da beneficência requer ação ²⁵.

Segundo Beauchamp e Childress ²⁶, os princípios e as regras da beneficência são distintos dos princípios e das regras da não- maleficência:

As regras da não-maleficência são proibições negativas a ações, que devem ser obedecidas de modo imparcial e que servem de base as proibições legais de certas formas de conduta.

No contrário, as regras de beneficência representam condutas com ação, sendo que nem sempre precisam ser estabelecidos de modo imparcial e quase nunca serve para punição moral.

Em alguns momentos, os princípios da beneficência e não-maleficência são justificados como mediadores do princípio da autonomia pelos profissionais de saúde, eles são utilizados como ferramentas com objetivo da preservação da pessoa

não causar dano a si mesma, esta ética é requerida quando o comportamento não-autônomo das pessoas é indenticado.²⁸

1.2.5 O Princípio da justiça

Beauchamp e Childress²⁶ relacionam a concepção de justiça aos termos de *equidade* (o que é merecido), *merecimento* (aquilo a que alguém tem direito) e *prerrogativa* (aquilo a que alguém tem direito), que também foi à concepção de vários outros filósofos para explicar o que é justiça. Estes autores defendem que:

Temos uma situação de justiça sempre que caibam as pessoas benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como fato de produtivas ou de haverem sido prejudicadas pelos atos de outras pessoas.

Dos quatro princípios, a justiça é o ultimo que ainda se denota como obrigação prima facie. Os autores abordam a questão da justiça ao cuidado da saúde, demonstrado que nos Estados Unidos e em outros países, as desigualdades ao acesso aos cuidados de saúde em relação as seguradoras privadas, combinado com o exacerbado aumento dos custos deste cuidados, tem provocado questões relativas a justiça social. É ainda reconhecida pelos autores outras teorias que tem a justiça como base, no entanto enfocada em outros aspectos.

Para Neves e Osswald²⁰ o principio da justiça determina que todas as pessoas sejam tratadas de modo igual, equitativamente, em uma distribuição adequada dos bens sociais, ainda que tenham suas diferenças.

A justiça está associada, as relações entre grupos sociais e na equidade das distribuições de bens e recursos comuns. Do ponto de vista filosófico, a justiça é entendida por vários autores como um modo justo, equitativo e apropriado de tratar as pessoas em razão de algo que é merecido a elas¹².

A expressão justiça distributiva refere-se à distribuição justa e equitativa e apropriada na sociedade, determinada por normas justificáveis que determinam a estrutura social, ela se intercepta com a ética individual e a ética coletiva e como menciona o filósofo John Rawls, ela é uma virtude primária das instituições sociais, resultado da cooperação humana que deve pretender a realização de benefícios mútuos. As alternativas de uma distribuição equitativa de recursos de saúde podem ser fundamentadas em alternativas que procuram interpretar o princípio ético da justiça distributiva ²⁹.

Pegoraro ³⁰ reflete uma nova concepção da justiça, a justiça tida como cuidado as pessoas vulneradas em sua capacidade física e decisional, tratar cuidadosamente as pessoas que por alguma situação estão biologicamente ou psicologicamente debilitadas seria uma forma de exercitar o princípio da justiça.

Desta forma, a justiça na área da saúde possui dois eixos principais: o primeiro seria a justiça distributiva: com a vertente da equidade, da alocação de recursos para o desenvolvimento da pesquisa biomédica, equipamentos clínicos modernos, entre outras necessidades para a promoção igualitária de assistência a saúde. O segundo eixo analisa a concepção da justiça como cuidado; demandando cuidados especiais e tratamento diferenciado a pessoas que sofrem da redução da sua autonomia, da sua capacidade de decisão ³⁰.

1.3 OUTROS MODELOS DE ANÁLISE DE CONFLITOS EM BIOÉTICA CLÍNICA

Na atividade prática e assistencial diária do profissional da saúde, surgem dúvidas de que escolha a fazer não só do ponto de vista técnico, mas também em questões éticas que suscitam conflitos e valores morais. Para auxiliar os profissionais a nortear a resolução destes conflitos, surgiu nos últimos 30 anos a bioética, este novo campo de conhecimento interliga as ciências biomédicas e os conhecimentos filosóficos e éticos e rege o modo de agir em todos aqueles profissionais que estão relacionados à assistência em saúde.

Destaca-se neste âmbito a bioética clínica, ramo da ética aplicada, que em seu caráter prático, provém a discussão de problemas morais e remete as ações para resolvê-los ³¹.

Loch³² menciona que a bioética, como outras ciências, tem procurado desenvolver metodologias adequadas para solucionar e discutir conflitos morais que surgem na prática assistencial e que também pode envolver a pesquisa. O objetivo principal destas novas metodologias é constituir a tomada como um ato adequado, a ferramenta é um estudo racional, sistemático e objetivo.

Atualmente, relacionados à tomada de decisão em relação a conflitos morais, existem muitos modelos, todos eles buscam desenvolver metodologias adequadas para discutir e solucionar os conflitos da prática assistencial ¹⁴. Os métodos mais utilizados para análise de um conflito são os de Thomasma, Diego Gracia ³³.

No entanto, há condições que devem ser previamente analisadas e bem definidas na discussão: 1) o respeito pelo ser humano como princípio fundamental; 2) A discussão de casos, realizadas por todos os interessados, trazendo seus questionamentos, anseios e posições, nestas pessoas incluem os profissionais envolvidos no caso e a família; 3) os participantes devem ter atitudes compreensivas a valores divergentes, respeitando o pluralismo ético-cultural. ³⁴

1.3.1 O método de Diego Gracia

Diego Gracia, bioeticista espanhol, faz uma analogia entre o método clássico de semiologia clínica e as formas de analisar os conflitos em bioética, ele observa que a elaboração do diagnóstico inicia por uma boa coleta de dados clínicos e um exame físico minucioso, desta forma, após avaliação o profissional da saúde se baseia em fatos clínicos (sinais e sintomas) para a tomada de decisão clínica. Assim como um “juízo clínico”, um juízo ético também se é desenvolvido na percepção dos fatos, opiniões e circunstâncias.

Na Bioética, a análise para o procedimento é bastante semelhante: devem-se organizar as informações importantes, focar nas questões fundamentais, excluir os

dados que não apresentam relação com o problema, balancear os prós e os contras de cada alternativa para que se possa tomar uma decisão ética consciente ³⁴. O escopo de todas as metodologias para a resolução dos conflitos morais em bioética clínica é harmonizar as situações técnicas e éticas da prática de assistência à saúde.

Englobando estas perspectivas é importante identificar o problema e verbalizá-lo, observar a análise dos fatos: que quanto mais claros estiver, mais fácil será para fazer análise técnica, identificação dos valores implicados ou dos valores de conflito, deliberar sobre o conflito original, tomada de decisão e critérios de segurança.

Para esta análise de valores e conflitos morais, é necessário considerar todos os cursos de ação possíveis, analisando os benefícios e riscos de cada ato, justificando-se a luz dos princípios e normas éticas ³³.

Gracia também elaborou um método baseado em quatro premissas: ontológica, deontológica, teleológica e uma justificativa moral, em que as questões relacionadas às tomadas de decisões se baseiam no embate dos conflitos de valores elucidados em cada uma das proposições. A sistematização desse método se baseia em quatro passos ¹⁴.

O primeiro passo diz respeito ao sistema de referência moral, constituído por marcos formais universais, baseado em premissas ontológicas, refere-se a obrigações mínimas de conduta, como não matar, não discriminar, não roubar, é defendido que todos os homens têm direito a consideração e respeito.

No segundo passo, Gracia, hierarquiza em níveis os princípios da ética biomédica de Beauchamp e Childress, este autor pode ter sido inspirado pela tradição europeia que não aceita a versão dos princípios absolutos para fundamentar a moral.

No primeiro nível, estão classificados os princípios da não maleficência e justiça, que traduzem deveres impostos universalmente para todos os indivíduos. Já em segundo nível estão os princípios beneficência e autonomia, estes apresentam caráter privado, estão vinculados à intimidade de cada pessoa e também se associam com a relação dos pacientes com os profissionais de saúde ¹⁷. Os

primeiros princípios correspondem à denominada ética dos mínimos ou minimalista, e os princípios relacionados ao segundo nível estão inseridos na ética de máximos ou ética máxima³⁵.

Desta forma, a hierarquização dos princípios, facilita a análise dos conflitos morais, evitando que os princípios entrem em choque. Esta metodologia se diferencia da teoria principialista clássica em que os princípios devem ser analisados *prima facie*, sem nenhum tipo de hierarquização¹⁴. O nivelamento dos princípios propõe uma condição hierárquica para a resolução dos conflitos morais, sendo assim, o profissional primariamente recorre aos princípios primários decodificados como nível 1 (um), e depois para os princípios secundários decodificados como nível 2 (dois)³⁵.

Entretanto, a prioridade de execução dos princípios será conforme a particularidade de cada caso, determinando um método de análise casuísticos. Já no terceiro passo, a experiência moral está correlacionada com a experiência da vida moral, com seu caráter teleológico, as tomadas de decisão exigem preceitos da ética de responsabilidade. Deste modo, é imprescindível a cautela para ponderar tanto os princípios envolvidos quanto as consequências determinadas pelas tomadas de decisão, isso implica que na análise dos casos devem ser avaliados os efeitos positivos e negativos do ato, tanto de nível 1 (não maleficência e justiça) como de nível 2 (autonomia e beneficência)¹⁴.

A fundamentação do passo IV está na verificação moral (justificativa) e na associação das justificativas aos atos. As justificativas dos atos são as razões das tomadas de decisão. Então em suma, antes de tomar uma decisão é necessário contrastá-la com os passos I, II e III: contrastar o caso com a regra (II); verificar se é possível justificar uma exceção à regra (III) e contrastar a decisão com o sistema de referência (I). A decisão mais justa será aquela que conseguir equilibrar todos os princípios¹⁴.

1.3.2 O método de Thomasma

O professor de Filosofia e de Medicina na Universidade de Tennessee, David Thomasma, publicou um artigo em 1978, intitulado: *Training imedical ethics*, e a partir daí elaborou um método que dominou Ethical workup. Este método sofreu várias modificações, sendo a mais recente em 1990 ¹⁴.

O método Thomasma foi um dos métodos pioneiros a ser publicados e de fácil aplicabilidade na prática. David Thomasma, preparou um programa de ética clínica na Universidade do Tennessee, no Memphis, e seu método se destacava por ser semelhante aos utilizados para a tomada de decisão clínica.

O método se baseia por seis etapas: 1)Descrever todos os dados médicos do caso; 2) Descrever os valores (metas, interesses) de todas as partes envolvidas no caso: médicos, pacientes, membros da equipe; 3) Indicar qual o principal conflito de valores; 4) Determinar as possíveis medidas que poderiam proteger o maior número possível de valores no caso; 5) Escolher uma forma de atuar; 6) Defender a decisão tomada ³³.

O objetivo de Thomasma é equilibrar os fatos envolvidos com os valores das pessoas, em especial com a do paciente em questão, este autor defende que os fatos e os valores estão vinculados em um mesmo contexto. Desta forma, a finalidade do método de Thomasma é descrever de modo mais sucinto possível o contexto do conflito para que se possa facilitar a análise dos juízos de valores, a fim de que se possam estabelecer prioridades para tomar a decisão na melhor forma de ação ¹⁷.

1.4 A BIOÉTICA CLÍNICA E SUAS PRÁTICAS

1.4.1 A relação profissional de saúde- paciente

Resultante do debate dos temas éticos, sob a da ótica prática, sempre terá um conjunto de preceitos de conduta sociais que objetivam tornar as relações interpessoais mais harmônicas e agradáveis, integralizando e conduzindo o respeito à pessoa humana. No âmbito das relações sociais na prática da saúde, o eixo central é a relação do paciente com o profissional, interpondo que os valores humanos sejam respeitados e preservados e que a assistência de saúde prestada pelo profissional possa alcançar o máximo de eficiência possível ¹³.

A relação entre profissional de saúde- paciente é detalhada na defesa de Levi e Lemos de Barros ³⁶:

A relação entre o profissional e seu paciente se dá dentro de riquíssima e variada gama de matizes comportamentais que tornam essa situação única e inigualável. Há, todavia, múltiplos aspectos dessa relação que podem ser classificados, a fim de buscar parâmetros éticos que permitam sejam reguladas situações análogas.

Este autor ³⁶ presume que há dois aspectos muito importantes para que haja uma boa relação entre profissional e paciente que são: a informação que é devida ao paciente e a preservação de sua intimidade .

Ademais, outros autores também denominam diversas outras situações conflitantes com as quais os profissionais da saúde, se defrontam no seu cotidiano em sua prática assistencial ^{14,12}.

Figueiredo ¹⁴ cita e provoca a reflexão de conflitos entre o princípio da beneficência e da autonomia e também da veracidade.

Questiona-se se há situações em que o profissional pode contrariar a vontade do paciente? Se o profissional deve sempre dizer a verdade em todos os casos ou se, em algumas situações, é justificável se omitir?

Siqueira, Zoboli e Kipper ¹², ao refletirem sobre a relação profissional de saúde – paciente, relembram a história do paternalismo médico denotada pelo juramento

Hipocrático, onde o paciente não exercia sua autonomia e era incapaz de tomar decisão. Ressaltam também os referenciais a cerca do “cuidar” e os sobressaltos desta relação com o paciente e o profissional.

Em uma visão mais contemporânea, alguns autores afirmam que vários profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos tem permitido um maior controle dos pacientes sobre os meios tratamentos e de diagnóstico. Este enfoque conduz uma maior relação de simetria na relação paciente- profissionais ³⁷.

Englobando todas estas situações que permeiam a relação paciente e profissional, e ainda alguns outros fatos não mencionados, a interface da bioética com as profissões de saúde se concretiza na prática, reportando-se como uma ferramenta para a reflexão das questões que envolvem os personagens da atuação em saúde ³³.

1.4.2 Conflitos que envolvem a veracidade

A informação é a base das decisões autônomas dos pacientes, ela é fundamental para que o paciente possa consentir ou recusar as medidas ou procedimentos em saúde que os profissionais lhe oferecem. Os pacientes têm direitos legais e morais sobre a sua situação de saúde e por qualquer outra informação que se estabeleça na relação paciente profissional que seja inerente a sua condição clínica ²⁸.

Na literatura atual e também nos códigos tradicionais de ética profissional, há grandes ambiguidades em relação à natureza e a importância dos preceitos da veracidade. Alguns pensadores concebem a veracidade como um princípio tão importante como beneficência, a não maleficência e a justiça. Outros filósofos acreditam que a veracidade é sustentada pelos princípios de respeito à autonomia, de fidelidade ou de utilidade. No entanto, a veracidade também pode ser entendida como especificações de vários princípios, sendo a adesão cuidadosa a esta teoria de grande importância na relação profissional-paciente ²⁶.

Ainda se determina três argumentos em prol das obrigações da veracidade: 1) a obrigação da veracidade baseia-se no respeito devido aos outros; 2) a obrigação de veracidade tem uma íntima relação com as obrigações de fidelidade e manutenção das promessas; 3) os relacionamentos de confiança entre as pessoas são imprescindíveis para que haja uma boa relação de cooperação e interação ²⁶.

A veracidade, como também a confidencialidade é um dever *prima facie*. Nesta lógica a única maneira moralmente aceita em que o profissional possa omitir a informação do paciente, é quando o bem maior para aquele paciente é não ter acesso à informação ³⁸.

Na realidade, o conflito ético não se presume em dizer ou não a verdade e sim de qual a maneira que será revelado e qual momento será mais oportuno. A veracidade, que quer dizer a comunicação da verdade e como consequência o não engano, traduz ao paciente um princípio básico da relação de confiança e credibilidade ao profissional ³⁹.

No duo profissional e paciente, o profissional pode se sensibilizar ao revelar más-notícias ao paciente, no entanto esta compaixão não deve ser vista como forma de impossibilitar o paciente de saber a verdade sobre a sua condição clínica, traduzindo-a em algumas oposições e consequências a este.

A busca da verdade é um tópico da relação profissional paciente que deve ser exercida em sua plenitude. Pelo paciente, é importante informar ao profissional a verdade em relação aos fatos clínicos para que o profissional possa fazer um diagnóstico correto. Já sobre a visão do profissional, oferecer ao paciente sempre a verdade diagnóstica como corolário em busca da beneficência ⁴⁰.

1.4.3 Conflitos que envolvem a confidencialidade e a privacidade

Seoane e Fortes ⁴¹ descrevem que tradicionalmente, a confidencialidade é a certeza da guarda das informações que foram extraídas em confiança e proteção contra a sua revelação sem autorização. Hoje em dia, a confidencialidade é considerada como um dever de resguardar e preservar as informações de âmbito

privado e íntimo que diz respeito a uma pessoa, isto é o respeito também a sua privacidade.

A confidencialidade também denota que uma informação que deve ser mantida em segredo, seja porque ela foi obtida em confiança, ou seja, porque ela se refere a situações que por sua natureza devam se manter secretas. O princípio da confidencialidade ou a obrigação deontológica de manter o sigilo das informações é instituído como a obrigação ética dos profissionais da saúde de guardarem as informações (que viram e ouvirem) para si, no exercício de suas funções ¹⁵.

A preservação dos segredos está relacionada tanto com o princípio da confidencialidade como da privacidade. Segundo Durand ¹⁵:

A privacidade, mesmo quando não há vínculo direto, impõe ao profissional os deveres de resguardar as informações que teve contato e de preservar a própria pessoa do paciente – pode ser considerada como sendo um dever institucional. A confidencialidade, por sua vez, pressupõe que o paciente revele informações diretamente ao profissional, que passa a ser o responsável pela preservação das mesmas”.

A privacidade é um princípio derivado da autonomia e abrange a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Para a garantia da privacidade das pessoas é necessário que se observe a confidencialidade de suas informações. Desta forma os profissionais de saúde podem ser um elo entre os pacientes e as suas decisões autônomas, estabelecendo as condições para as tomadas de decisões ³⁹.

A privacidade é exercida quando as informações transmitidas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e apenas reveladas quando autorizadas por as pessoas que as divulgou. Ela não está essencialmente atrelada ao contato entre o informante e o ouvinte, podendo ser obtida por várias pessoas no âmbito de trabalho, em função das equipes vinculadas ao atendimento dos pacientes, mas também sendo obrigatoriamente preservada, respeitando o direito do indivíduo. Existe ainda a relação da privacidade com a intimidade, a honra e a imagem das pessoas, sendo autônoma a decisão do paciente sobre a sua divulgação. ⁴¹

Se tratando de uma perspectiva bioética, o conceito de confidencialidade é analisado sob dois aspectos diferentes, o primeiro é centrado no controle que o indivíduo autônomo tem sobre os outros em relação a si, e o segundo é entendido como da privacidade como intimidade. Desta forma, percebe que estes são princípios indissociáveis, eles estão claramente associados a valores normativos, que conduzem a relação do paciente com o profissional em relação às informações. A confidencialidade é vista como um dever do profissional da saúde e corresponde a um direito do paciente em não ser violado em sua esfera privada ³⁹.

Os percursores do princípalismo atentam para o fato que embora a privacidade e a confidencialidade apresentem-se profundamente relacionadas, em alguns momentos como em regulações federais e nos códigos de ética profissional, estes referencias podem ter conceitos diferenciados que podem se sobrepor parcialmente ²⁶.

1.4.4 Conflitos que envolvem a autonomia

Na década de 1970, o *Relatório Belmont*, incorporou-se a área da biomedicina para a reflexão de princípios que norteavam as decisões sobre assuntos médicos. A autonomia foi um dos princípios referenciados neste documento. A palavra autonomia, do Grego autos (próprio) e nomos (regra, autoridade ou lei), foi utilizada primariamente para designar o auto governo das cidades-independentes, posteriormente passou a ser amplamente utilizada na área da saúde, a autonomia confere à pessoa a capacidade de decisão e escolhas sobre atos da sua vida privada ³⁸.

A compreensão da autonomia na relação entre profissionais de saúde e pacientes, esta sob condições das concepções do binômio saúde- doença. O caráter biopsíquico-social entre a saúde e a doença contribui de forma significativa para a ampliação da manifestação da vontade do indivíduo. No entanto por muitos anos, o paternalismo médico era manifestado, se estendendo aos outros

profissionais da saúde, não estimulando assim o autonomia dos pacientes e privilegiando os profissionais da saúde, a ação beneficente ²⁸.

Desta forma as relações de saúde, construídas sob o modelo paternalista, foram diretamente afetadas pelo princípio da autonomia. Há movimentos no Brasil, para que a substituição do paternalismo seja realizada pelo consentimento livre e esclarecido. Menciona-se o termo “*empowerment health*”, que significa apoderamento sobre a saúde, o paciente que no paternalismo não exercia sua autonomia, agora passa ser sujeito ativo de decisões sobre a sua saúde, já o profissional de saúde passou a ter o dever de informar o paciente, esclarecer ao individuo sobre a sua situação clínica ²⁸.

A aquisição de respeito à autonomia é um fenômeno histórico que transfere pouco a pouco, os princípios da beneficência e não-maleficência como prevalente nas ações de assistência a saúde. Na assistência a saúde, o principio da autonomia requer que o paciente, estando ele doente ou não, não se resuma as decisões do profissional da saúde, que estabeleça o equilíbrio entre liberdade e decisões em saúde.

O respeito à autonomia alia-se a com o principio da dignidade da natureza humana, acreditando que o individuo é um fim em si mesmo, não sendo objeto de relações pessoais e profissionais e até mesmo de assistência. Respeitar a pessoa humana, é uma baliza do pluralismo ético e social caracterizado na sociedade moderna, é reconhecer que cada pessoa tem suas concepções e expectativas embasadas em suas crenças, aspirações e valores, mesmo quando estes na relação paciente- profissional se diferenciam ³⁸.

A autonomia não deve ser observada como um direito absoluto, suas limitações devem ser respeitadas pelo respeito à dignidade, a liberdade dos outros e a coletividade. A decisão ou ação de uma pessoa que causa dano à outra, ou a saúde pública, não pode ser considerada ética e nem mesmo legal.

Na relação paciente e profissional de saúde, a autonomia do paciente poderá vir a se conflitar com a do profissional de saúde, e este pode por algumas razões éticas, denominar “cláusulas de consciência”, pois se opõe a vontade de realização do paciente a certos procedimentos, mesmo que amparados legalmente ²⁸.

1.5 ALGUNS CONFLITOS EM BIOÉTICA CLÍNICA RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

1.5.1 A Bioética clínica nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)

O contexto atual das práticas das profissões de saúde, particularmente no que se refere às Unidades de Tratamento Intensivo, mesmo dispondo ao profissional a alta tecnologia, muitas vezes não tem conseguido melhorar as condições clínicas pacientes internados. O suporte de vida avançado promove ao doente a capacidade de prolongar a vida, suscitando a dor, o sofrimento, e alongamento do processo de morrer ⁴².

A vulnerabilidade dos internados nas Unidades de Terapia Intensiva, demonstrada pela limitação da autonomia em relação a escolhas terapêuticas, o envolvimento da família, os cuidados paliativos, a relação paciente- profissional e a qualidade de vida, são situações que permeiam as Unidades de Terapia Intensiva de inúmeros conflitos bioéticos vivenciados pelas equipes multidisciplinares em seu dia a dia.

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente permeado por situações em que se encontram pacientes críticos que necessitam de assistência e cuidados com o fim da vida. Os cuidados com o fim da vida a pacientes instituídos nas Unidades de Terapia Intensiva estão sendo amplamente discutidos na literatura, encontrando uma grande heterogenia nas condutas dos profissionais que assistem a estes pacientes, em países distintos ou até no mesmo país. As desigualdades culturais, econômicas, religiosas e sociais podem ser a justificativa para as dificuldades encontradas na tomada de decisão por pacientes, família e profissionais da saúde ⁴.

1.5.2 Questões que envolvem a eutanásia e distanásia

No cenário da Bioética, o debate sobre a “boa morte” (eutanásia) vem sendo destacado em relação a argumentações em que se defendem o princípio da autonomia (movimento considerado pró) e entre os princípios clássicos da sacralidade da vida humana (movimento contra). Em consonância, tanto na argumentação pró como na argumentação contra são centradas no direito do indivíduo poder escolher sobre o desenvolvimento da sua existência, objetivando para si, uma morte sem dor e sem sofrimento. Há também questões éticas que envolvem o ator da ação da abreviação da vida, no caso, o profissional da saúde ⁴².

Derivado do grego, o termo eutanásia, pode ser entendido como “boa morte” ou “morte apropriada. Esta definição foi delineada em primeiro lugar em 1623, por Francis Bacon em sua obra “Historia vitae et mortis”, como sendo o “tratamento adequado para doenças incuráveis”. Assim, de uma forma muito ampla e sem peculiaridades, entende-se por eutanásia quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento ⁴³.

Em relação aos conceitos, a eutanásia pode ser ativa ou direta, pode ser eutanásia passiva ou indireta e até mesmo eutanásia duplo-efeito. A eutanásia ativa ou direta é quando o profissional da saúde age diretamente visando provocar a morte do paciente por motivos de misericórdia. A eutanásia passiva ou indireta acontece quando não se inicia ou se interrompe uma ação médica e a consequência é a morte do paciente. A eutanásia de duplo-efeito se efetua quando se inicia um tratamento para alívio do sofrimento, no entanto dele desenvolve-se o processo de morte, a morte não é a finalidade da intervenção, mas advém do como efeito secundário ⁴⁴.

Diferentes argumentos podem ser construídos para as distintas formas de eutanásia, relacionadas com a prática do ato em si, da reflexão bioética há aqueles que condenam a eutanásia ativa e, no entanto concordam com a prática da eutanásia passiva ⁴⁴.

Há também os conceitos de eutanásia voluntária, quando é solicitada pelo paciente, involuntária quando não é desejada pelo paciente, e não voluntária, quando não se conhece a vontade do paciente ⁴³.

Para Leo Pessini, ⁴⁵ eutanásia tornou-se um conceito polissêmico, tendo sempre a necessidade de questionar sobre o seu sentido, seu conceito semântico modificou-se segundo a evolução da história. Na bioética moderna, o termo eutanásia é restrito para situações especiais de abreviação a vida em momentos de dores intoleráveis e sofrimento abundante que também podem ser denominados por “suicídio assistido” ou “morte piedosa”. Para outras situações dilemáticas sobre o fim da vida, seria mais apropriado nomear como “morrer em paz, ou morrer com dignidade”.

Mesmo com grande impacto das mudanças em relações às concepções da eutanásia ao longo da história, no Brasil as reflexões ainda estão muito aquém do esperado. Ainda no Brasil, a prática da eutanásia é considerada crime. Não se sabe o que ocorre nas unidades de assistência a saúde, quando os profissionais se deparam com um paciente gravemente enfermo. As tomadas de decisão por interromper ou não a terapêutica, ainda se delimita em um conflito bioético permeado por muitas questões morais frente à prática da saúde ⁴⁴.

Contraopondo a eutanásia, concebe-se a distanásia, também denominada obstinação terapêutica no mundo europeu e nos Estados Unidos conhecida como “futilidade médica” (medical futility), já que utiliza como ferramenta tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina para de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades de manutenção da vida, quanto o arcaico desejo humano de superar a morte ⁴³.

A distanásia é compreendida como uma ação, intervenção ou procedimento médico que não é capaz de beneficiar o paciente em fase terminal e que alonga inútil e sofridamente o processo de morrer, distanciando a morte. A distanásia se torna, portanto, a morte lenta, prolongada, cercada de agonia e sofrimento do paciente e de seus familiares ⁴⁴.

As questões bioéticas do cotidiano dos profissionais de saúde envolta da distanásia estão focadas nos limites da vida e da dignidade humana, seria até que

ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "mortaviva" interessa a quem? ⁴⁶.

Além de questões morais em relação aos limites e as viabilidades da vida, questões éticas de grande importância relacionam-se com o progresso técnico-científico que passou a interferir de forma significativa nas fases finais da vida humana. A impossibilidade de curar, também afeta diretamente a relação do paciente com o profissional de saúde, com os novos paradigmas da função de curar e sua inserção mais global da interação médico-paciente. Os limites das possibilidades terapêuticas não significam o fim da relação paciente com o profissional e sim uma abordagem essencialmente ética⁴⁶.

No entanto, há uma forte tendência da Bioética em evitar a distanásia. Alguns autores consideram que a ação de continuar com um tratamento fútil se contrapõem aos princípios da ética biomédica, não estaria promovendo a beneficência, pois a terapia fútil, não provê nenhum benefício ao paciente pelo contrário pode causar dor e sofrimento e prejuízo ao paciente contemplando ao princípio da não-maleficência; contra a justiça, pois exige custos altos e alocação de recursos para outros pacientes, e por fim a autonomia, pois se pensa que o enfermo em vida vegetativa não gostaria de prolongar horas ou dia o seu sofrimento ⁴⁷.

1.5.3 Questões que envolvem os cuidados paliativos

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴⁸ definiu os cuidados Paliativos como:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A essência dos cuidados paliativos vem da etimologia do seu significado, uma vez que a palavra paliativo, deriva do vocábulo latim "*pallium*", que significa manta ou coberta. Nesta analogia, o cerne dos cuidados paliativos é o alívio do sofrimento

e da dor em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final, a fim de que aumente a sua qualidade de vida, uma vez que a medicina curativa não possa mais ajudá-los ⁴⁹.

O cuidado paliativo não se baseia em protocolo, mas em princípios. A assistência de cuidados paliativos tem sido descrita como de “baixa tecnologia e de alto contato humano”, ela não contrapõe a tecnologia médica, mas tem a intenção de assegurar que seja o amor a força que oriente o cuidado com o paciente ⁵⁰.

Alguns princípios são fundamentais para a atenção aos pacientes terminais e delimitam e norteiam a atenção para os cuidados paliativos e a relação do paciente com o profissional e deste com a família.

Pessini ⁵⁰ aborda que estes princípios éticos são: O princípio da veracidade, o princípio da proporcionalidade terapêutica, o princípio do duplo efeito, o princípio da prevenção e o princípio do não abandono e o tratamento da dor.

O princípio da veracidade, que diz respeito fundamentalmente à veracidade como sentimento de confiança na relação do profissional com o paciente, reportando a cautela *de que, como, quando e a quem* se deve informar sobre os fatos, ressaltando que no caso da medicina paliativa a prática deve ser baseada no compromisso prévio de abertura e verdade dos fatos.

O princípio da proporcionalidade terapêutica exige uma atitude sensata dos profissionais em se implementar todas aquelas medidas terapêuticas que se tenham uma relação de proporção com os resultados possíveis. Observando a sua utilidade ou inutilidade, observando os seus riscos e benefícios impostos ao paciente e a família.

O princípio do duplo efeito constitui a medida terapêutica que proporciona o desejo de libertação do desconforto com o possível efeito colateral mortal, causado pelos efeitos negativos desta intervenção. É importante ressaltar que estas possíveis intervenções possam implicar em uma forma de eutanásia. Já o princípio da prevenção se refere a prever as possíveis alterações ou complicações que com maior frequência os pacientes podem apresentar, então é função da equipe de saúde, implementar as medidas necessárias para esta prática.

Por último, seria eticamente condenável a equipe de saúde abandonar um paciente porque o paciente recusa determinadas terapias, seria o princípio do não abandono ⁵⁰.

Siqueira ⁵¹ denota que a ação para os cuidados paliativos, observando a qualidade de vida e a dignidade humana no decorrer da doença e na terminalidade da vida referencia os princípios da beneficência e da não maleficência, e que por meio do consentimento informado, o profissional proporciona o paciente para que ele tome suas decisões, exercendo o princípio da autonomia.

Na concepção abordada pela Organização Mundial de Saúde⁴⁸, um tema central que é necessário aos cuidados paliativos e não mencionado é da equipe multidisciplinar. Uma abordagem analisada por vários profissionais é de fundamental importância para os cuidados paliativos, pois determina que nenhum profissional sozinho, pode ter todas as respostas corretas para o enfrentamento de situações, destacando a necessidade de uma abordagem em equipe ⁵².

1.6 OS COMITÊS HOSPITALARES DE BIOÉTICA

Na bioética clínica, onde o relacionamento do paciente com o profissional é o cerne dos questionamentos morais, contextualizando em variados momentos pela partilha das decisões a serem tomadas, pelas responsabilidades mútuas exigidas e ainda por premissas que regem a bioética clínica, tanto quanto as frequentes questões que têm sido propiciadas pelo avanço tecnológico, situações diversas de conflitos morais podem emergir induzindo os pacientes, os profissionais e até mesmo a família em busca de orientações especializadas. Com esta finalidade surgiram os comitês de bioética hospitalares, com o objetivo de analisar, refletir sobre os dilemas morais oriundos da prática clínica e dos procedimentos realizados no âmbito das instituições ⁵³.

Os comitês hospitalares de bioética são espaços independentes, necessariamente multiprofissionais, em que os diversos setores da sociedade que estão envolvidos diretamente com a vida e com a saúde do ser humano estão

representados, o seu papel consiste em ensinar, pesquisar, prestar consultorias e sugerir normas institucionais em assuntos bioéticos. Significam um avanço nas instituições de saúde por auxiliarem as equipes a tomar decisões em questões moralmente difíceis, que envolvem múltiplos aspectos, tanto de natureza moral quanto aos dilemas vivenciados na prática ^{53,54}.

Em termos práticos, os comitês hospitalares devem exercer no mínimo três funções: educativa, normativa e consultiva. A função educativa é exercitada por estudos de bioética pelo próprio comitê, em relação ao ambiente institucional e também da sociedade em geral. A função normativa refere-se a participação do comitê na elaboração de diretrizes, políticas institucionais e a análise das questões bioéticas que envolvem o respeito e o bem-estar do paciente. A função consultiva é referida ao exame e análise dos casos bioéticos do âmbito hospitalar. Ainda é necessário que concerne aos comitês discutir situações de má-prática ou negligência profissional e problemas interpessoais ou de serviço ⁵⁴.

No Brasil, em processo inverso do que ocorreu em Ética da Pesquisa, em que o país construiu um sistema de revisão ética forte, contando com mais de 600 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) no território nacional, segundo dados da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), é irrisório o número de Comitês Hospitalares de Bioética nas instituições hospitalares do País. Na América Latina, a Argentina se destaca por ter o maior contingente desses espaços consultivos em Bioética Clínica de nossa região.

1.7 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

A reflexão que reflete a interface entre a bioética e a saúde pública está interlaçada em parte pelos valores, as normas e as decisões que orientam as políticas públicas de saúde, a organização dos sistemas de saúde, as ações de saúde direcionadas a coletividade, compreendendo as múltiplas fundamentações teóricas que Bioética possui ⁵⁵.

Os diversificados conceitos que apresentam a saúde pública variam conforme a cultura de cada país, o modelo de assistência à saúde existente, as crenças e a compressão das pessoas a cerca do processo saúde-doença. Conforme esta pluralidade de valores é difícil estabelecer um conceito que universalize a noção de saúde pública.

Zoboli e Fortes⁵⁵ entendem a saúde pública como:

A arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade e obter um ambiente saudável, através das ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade.

Já a tarefa que compreende a bioética é refletir, argumentar e fornecer justificativas racionais para as tomadas de decisões morais em casos ou situações concretas⁵⁶. Com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)⁵⁷, a bioética deixa o caráter essencialmente biomédico e biotecnológico e amplia seu leque de atuação englobando o campo sanitário e social.

Uma das questões que envolvem os profissionais da saúde em sua prática diária, abrangendo questões sanitárias e de dilemas morais está baseada no pressuposto da finitude dos recursos de assistência a saúde frente à demanda de indivíduos que necessitam do suporte de saúde do Estado.

Sendo assim, a distribuição e a priorização de recursos de assistência à saúde podem ser observadas em três níveis de alocação, que mesmo estando inter-relacionados apresentam diferentes situações de conflitos éticos: 1) macroalocação de recursos; 2) mesoalocação de recursos; 3) microalocação de recursos⁵⁸.

A macroalocação de recursos é a distribuição de recursos de saúde realizada pela esfera governamental, por intermédio das políticas públicas de saúde, destinando quais e quantos recursos devem ser alocados. Decisões sobre a macroalocação são tomadas pelas Organizações de Saúde do Poder Executivo.

A mesoalocação é a realizada pelos níveis intermediários de atenção a saúde, como hospitais, clínicas ou outras instituições de saúde, ao alocarem seus recursos para diferentes atividades, como programas e atividades de saúde. As

decisões são tomadas por administradores, diretores e profissionais da saúde em cargos diretivos⁵⁸.

O terceiro nível de distribuição é constituído pela microalocação individual de beneficiários a limitados recursos, ocorre quando a supremacia da demanda sobre a oferta pode gerar dilemas nas tomadas de decisões na escolha dos candidatos a estes recursos⁵⁶.

A microalocação de recursos é geradora de dilemas morais dos profissionais da saúde, pois apresentam-se em situações corriqueiras da prática de saúde como seleção de pacientes para insuficientes vagas em hospitais, serviço de alta tecnologia e unidades de terapia intensiva ou até mesmo de novas tecnologias no campo biomédico⁵⁸.

As alternativas teóricas que podem fundamentar uma justa distribuição de recursos de saúde interpretam o princípio ético da justiça distributiva. A reflexão em torno do princípio ético da justiça distributiva permite discernir as responsabilidades do Estado na programação das políticas públicas, eleger quantos e quais recursos deve ser direcionados a saúde, priorizar os programas, projetos e instituições de saúde que serão beneficiados⁵⁵.

Na efetivação do princípio é evidenciado os valores ao pluralismo moral e a diversidade de entendimentos do que seria uma justa distribuição de recursos realizada pela esfera pública. Pode ser basear nas teorias de éticas com fundamentação liberal, para as quais o valor principal é a garantia de liberdade da pessoa humana para as decisões inerentes a sua vida, percebe-se também valores das teorias igualitárias centrada nos bens necessários as pessoas conjuntas às noções de equidade, e finalmente perpassa a ética utilitarista que se concentra na busca da satisfação de todos aqueles que estão com interesses comuns⁵⁹.

1.8 ALGUNS MODELOS DA BIOÉTICA BRASILEIRA E LATINO AMERICANA

Até o final da década de 90, a bioética brasileira era ainda baseada nas teorias emanadas e dos conceitos vindos dos países anglo-saxônicos do hemisfério Norte, no entanto, com a multiplicação dos grupos de estudos, pesquisas e pós-graduações em bioética, as concepções em relação às teorias principialistas começaram a receber críticas e não se adequaram ao sistema sócio-político do país, iniciando assim grandes mudanças na caracterização e no campo de ação da bioética⁸.

O modelo principialista que pretendia ser universalista, pelos seus autores (Beauchamp e Childress), apesar de apresentar grande praticidade e utilidade na reflexão dos conflitos biomédicos e ainda em pesquisas, era insuficiente para a análise de conflitos que exigiam adequação de culturas como também para as questões bioéticas que envolviam macroproblemas persistentes ou do cotidiano enfrentado por grande parte das pessoas que vivem em situações de exclusão social tanto no Brasil, como em países vizinhos⁸.

Desta forma, a teoria dos quatro princípios, demonstrava-se incapaz dirimir as grandes disparidades socioeconômicas e sanitárias persistentes observadas na maioria dos países pobres do Hemisfério Sul⁶⁰.

No ano de 2002, foi realizado em Brasília, o VI Congresso Mundial de Bioética, as questões discutidas neste encontro demonstraram a necessidade da bioética incorporar aos seus campos ação temas sociopolíticos contemporâneos, como as desigualdades sociais e o acesso universal a atenção sanitária. Assim, esta bioética denominada bioética interventiva, passa ser referência obrigatória na pauta dos estudiosos que desejam trabalhar com uma bioética transformadora, comprometida e identificada com as questões dos chamados “países em desenvolvimento”⁶¹.

A bioética de intervenção busca respostas mais adequadas para as análises de macroproblemas e conflitos coletivos que tem relação concreta com os temas que persistem na bioética e aqueles que se caracterizam em constados dos países periféricos em desenvolvimento.

É concebida primariamente como bioética forte ou também como bioética dura (hard bioethics), sua proposta conceitual e prática visa avançar no contexto internacional, a partir da América Latina como uma teoria periférica alternativa para a abordagem tradicional encontrada significativamente nos países centrais, principalmente o principlismo, de forte conotação anglo-saxônica. Esta nova corrente da bioética objetiva contextualizar os problemas as realidades concretas de onde eles ocorrem e tem como referenciais norteadores os direitos humanos contemporâneos⁶⁰.

O alicerce teórico deste novo modelo foi desenvolvido por pesquisadores da Bioética da Universidade de Brasília e apresentam duas categorias principais: a bioética das situações persistentes, que relaciona-se com a história das condições que persistem entre a sociedade humana, como a exclusão social, o aborto, a inequidade em relação a distribuições de recursos em saúde, a eutanásia, entre outros. A segunda categoria se manifesta pela bioética de situações emergentes, que se relacionam com as situações que emergiram em decorrência dos avanços técnicos e científicos, como novas técnicas de reprodução, o transplante de órgãos, o avanço no campo da engenharia genética, entre outras⁶¹.

Algumas questões são defendidas como moralmente justificáveis pela bioética de intervenção: a) no campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo, e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo a certas situações individuais e com algumas questões pontuais a serem analisadas; b) no campo privado e individual: questões que buscam soluções viáveis e práticas para conflitos identificados do próprio contexto que eles se inserem⁶⁰.

Uma preocupação também contextualizada nos modelos latino-americanos é a indispensável proteção às pessoas mais frágeis, mais vulneráveis socialmente. Este raciocínio tem como finalidade englobar os conflitos e dilemas morais enfrentados pela saúde pública, que na maioria das vezes não se resolvem concretamente por outros modelos da bioética mundial, particularmente, o principlismo.

Em sentido bastante restrito, a bioética de proteção refere-se essencialmente as medidas tomadas para proteger a indivíduos e populações que não dispõem de

outras medidas que lhes garantam as condições necessárias para a sobrevivência ⁸. Ela explora questões epidemiológicas e sanitárias, propondo uma reflexão que considera as ações efetivas em relação à melhoria de vida daqueles vulnerados por situações de saúde e pobreza, fazendo uma discussão conceitual importante entre paternalismo e proteção ⁶¹.

Em 2005, com a promulgação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)⁵⁷, a conceituação da bioética foi ampliada. A nova concepção da bioética, se expandiu gerando um vasto leque de possibilidades de atuação, incorporando definitivamente aos temas sociais e ambientais. Pode-se afirmar que a DUBDH na medida em que reconhece os conflitos bioéticos provocados por razões socioeconômicas e culturais, e toma as questões de saúde pública como questões próprias da Bioética vêm reafirmar a pertinência dessas novas formas de conceber a Bioética.

2. A FISIOTERAPIA COMO PROFISSÃO E A CONSTRUÇÃO DE SUA INTERFACE COM A BIOÉTICA

2.1 A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

Com um pouco mais de 40 anos que nasceu no Brasil, a Fisioterapia, é uma das ciências mais recentes na área de saúde, que vem desenvolvendo e consolidando com autonomia o seu objeto de trabalho e a sua interdisciplinaridade com outros campos de saber.

A história da Fisioterapia no Brasil vem demarcada por algumas características peculiares que posteriormente explicaram a sua fundamentação, profissionalização e consolidação como uma nova área de atuação na saúde. O marco histórico da sua origem se concretiza com a epidemia da poliomielite, em outros momentos da história em decorrência das guerras e do alto índice de acidentes de trabalho gerando número elevado de óbitos e mutilados e com consequência com surgimento dos centros de reabilitação, com intuito de restaurar a capacidade física, desenvolver a capacidade residual e adaptar o indivíduo para uma nova função ⁶³.

A atividade do fisioterapeuta bem como a regulamentação da sua profissão foram objetos do Decreto-lei nº 938-69, que permitiu a caracterização do fisioterapeuta como profissional de nível superior e delimitou como sua atividade privativa a execução de métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do doente ⁶⁴.

É importante lembrar que na década de 70, o País encontrava-se no auge da ditadura militar, com condições de vida e de saúde da população agravadas pela sobrecarga epidemiológica, pelo modelo econômico concentrador de renda e pela política de privilégio para as grandes corporações, com grande incentivo para o crescimento industrial. O nascimento desta profissão acontece, portanto, em um momento de grandes transformações sócio-econômicas do Brasil, sofrendo influência dos contextos econômicos, políticos e sociais ⁶⁵. O modelo de saúde terciário voltado para atenção curativa e reabilitadora influenciou a cultura do

fisioterapeuta, adquirindo este eixo centralidade na formação dos profissionais desta categoria⁶⁶.

Antes da década de 70, a prática da fisioterapia era desenvolvida por profissionais de nível técnico, ordenada por médicos e com objetivo apenas de reabilitar os indivíduos lesionados. Após a promulgação da regulamentação da profissão, o Fisioterapeuta contempla o *status* de profissional de nível superior e inicia o processo de desenvolvimento da sua autonomia profissional, no entanto a sua atividade continua sendo entendida como limitada quase que exclusivamente como reabilitadora⁶³.

Posteriormente, a Lei nº 6.316 de em 1975, criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia (CREFITO) e delimita os locais de atividades profissionais em que o fisioterapeuta poderá exercer as suas atividades: asilos, creches, estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios. Ainda nesta época da história, mesmo com o ambiente de trabalho delimitado, ainda percebe-se a prática da fisioterapia destinada a locais que estão destinados à assistência basicamente remediadora, curativa ou reabilitadora⁶⁴.

Consolidada pela história e limitada pela legislação, a Fisioterapia, parece evoluído com o um objeto de trabalho voltado essencialmente para o nível terciário, destinado à cura de enfermidades e a reabilitação de sequelas e complicações. A sua intervenção neste modelo se concretiza pelo sujeito individualizado ou até mesmo a partes ou órgãos isolados de seu corpo, voltada para uma ação basicamente tecnicista⁶⁵.

Rebelatto e Batomé⁶⁴ ressaltam que o primeiro documento oficial que concebe um âmbito assistencial além do reabilitador, é o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, pois embora contenha os termos tratamento e recuperação, não resume a atuação a essas formas, âmbitos ou níveis de atenção à saúde, apresentando em seus capítulos iniciais como dever do Fisioterapeuta também a *“promoção da saúde do homem”*.

Desta forma, observa-se que os documentos oficiais contidos na história da Fisioterapia no Brasil, com exceção do Código de Ética, parecem ter sido elaborados na percepção da concepção “saúde-doença”, não deixando transparecer os diversos

níveis, tipos ou âmbitos de atenção à saúde. Este fato histórico demarca a um significativo grau de limitação da atuação profissional e uma letargia ou inércia por parte desses profissionais em contribuição para as práticas de atenção a saúde nos seus níveis de atenção ⁶⁵.

Atualmente a definição mais contemporânea da Fisioterapia foi sugerida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a Fisioterapia é concebida como ⁶⁷:

É uma ciência da Saúde que estuda, diagnostica, avalia e trata o indivíduo portador de 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 fisioterapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinética, de órgãos e sistemas do corpo humano e das disciplinas comportamentais e sociais.

Em relação à atuação profissional, o Fisioterapeuta está habilitado a realizar o diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais bem como elaborar, programar, prescrever e executar as condutas fisioterapêuticas, por meio de técnicas, métodos e recursos fisioterapêuticos específicos.

Sendo este profissional membro da equipe de saúde o seu *lôcus* da atuação é diversificado abrangendo desde locais clássicos, como hospitais, centro de recuperação biopsicossocial, clínicas e consultórios até instituições de longa permanência, locais que se promovam ações básicas de saúde, centros desportivos, empresas e a educação

2.2. A FISIOTERAPIA NO ENSINO

A formação profissional Universitária no Brasil, de certa forma, é direcionada pelos currículos estabelecidos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). O currículo, ao mesmo tempo em que determina o que precisa ser apresentado a cada tipo de profissional, determina quanto tempo à formação do profissional precisa ser exposta a tipos específicos de informações ou aprendizagens, contribuindo nas habilidades e competências que formará o profissional e na sua forma de atuação na profissão ⁶⁴.

Até o final da década de 1990, existiam duas propostas curriculares na história da Fisioterapia no Brasil, como profissão de nível superior. A primeira estabelecida em 1964 determinava que o curso superior tivesse a duração de apenas de três anos, e era contido de disciplinas básicas de atuação profissional. Esta proposta curricular foi alvo de muitas críticas, visto que a sua elaboração não foi realizada por profissionais habilitados na área. Então, a partir destas considerações, apenas em 1983, foi estabelecido o primeiro currículo mínimo para a formação dos Fisioterapeutas.

O currículo mínimo estabelecido pela Resolução nº 4, de fevereiro de 1983, é subdividido em quatro ciclos de matérias: biológicas; de formação geral; pré-profissionalizantes e profissionalizantes. Embora esta subdivisão diminua consideravelmente o grau de generalidade dos conteúdos, esta proposta curricular ainda se resumiu a realizar um paradoxo em relação ao nível de formação do profissional, apresentando ainda o objeto de trabalho da profissão para intervir com as condições de saúde em nível terciário ⁶⁴.

Na década de 90, os cursos de Fisioterapia de Brasil se expandiram, no entanto, as instituições de ensino mantiveram o modelo de formação curativo-reabilitador, formando fisioterapeutas a partir da concepção de profissional liberal. Estimulou-se o aperfeiçoamento tecnicista, valorização do conhecimento de biológico e das técnicas de reabilitação, submergindo na formação de profissionais com nível essencialmente técnico ⁶⁵.

No início do século XXI, observou-se a necessidade de introduzir modificações no modelo de formação em fisioterapia e as necessidades de mudanças no perfil do profissional. Algumas medidas demonstram as preocupações com a inadequação do perfil profissional a realidade epidemiológica e sanitária, e desta forma, inicia-se um processo de mudança no ensino da Fisioterapia no Brasil⁶⁵.

Uma das modificações foi à instituição da Diretriz Curricular Nacional em Fisioterapia estabelecida pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação⁶⁸ em 2002, que se tratava do perfil profissional do Fisioterapeuta instituindo-o com formação generalista e características críticas e reflexivas, com o intuito de capacitar o profissional a atuar em todos os níveis de atenção a saúde, detendo uma visão global ampla que respeite os princípios éticos / bioéticos do indivíduo e da coletividade.

Este documento reestabeleceu ainda como objeto de trabalho da profissão o movimento humano em todas as suas dimensões, formas e potencialidades e destacou que a responsabilidade do fisioterapeuta não se finda com o ato técnico, mas com a solução de questões tanto no âmbito individual como coletivo⁶⁸.

Outro documento, concebido pela do 1o Congresso Nacional do Ensino da Fisioterapia, foi a Carta Vitória em 2004, ela foi realizada a partir das análises quanto a implementação das diretrizes curriculares, da avaliação dos cursos de graduação e da capacitação docente, foi definida como um padrão de referência de qualidade na graduação em fisioterapia, que constatava que os currículos deveriam passar atender as necessidades regionais e contemplar experiências práticas desde início do curso, oportunizando a preparação do aluno para atuação fisioterapêutica nos três níveis de atenção a saúde⁶⁵.

Nestas novas percepções concebidas para o fisioterapeuta do século XXI, é que se observa a necessidade de uma formação mais humanitária, norteadas pelos preceitos éticos em que se possam basear tanto as questões de cunho social como aquelas da prática técnica do Fisioterapeuta são de fundamental importância que este profissional da área de saúde, saiba tomar decisões frente a dilemas morais, demonstrando assim capacidade crítica e reflexiva tanto do âmbito técnico como na interlocução desta disciplina frente às outras situações enfrentadas em saúde.

Segundo Barros⁶⁹ sobre a formação contemporânea do Fisioterapeuta:

O Fisioterapeuta encontra-se atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população.

Mesmo que a origem da Fisioterapia esteja alicerçada ao modelo biomédico cartesiano, detendo uma visão reducionista, em que o corpo é comparado a máquina e o profissional está centrado em atenuar, reabilitar os organismos lesados fisicamente, não é possível conceber a Fisioterapia sem envolvimento, sem diálogos e sem trocas de conhecimento, sem formação de vínculo com o paciente, uma vez que este profissional tem como instrumento de trabalho as mãos e utiliza o toque como recurso⁷⁰.

Considerando ainda que a contribuição do fisioterapeuta a saúde da população ainda se encontra em um nível primário, é importante inferir que um dos aspectos que emerge problema é deficiência de cursos para a formação de profissionais que integralizam o conceito de saúde globalmente. São poucos os currículos que abrigam disciplinas como introdução a saúde coletiva, fisioterapia preventiva, fisioterapia aplicada a atenção básica à saúde, fisioterapia em saúde pública, educação e promoção de saúde.

Entretanto, ao longo das duas últimas décadas disciplinas de bioética foram introduzidas na grade curricular dos diversos cursos de graduação e pós-graduação em muitas instituições de ensino superior do país. Multiplicaram-se programas de capacitação e pós-graduação em bioética e o surgimento de núcleos de pesquisas em bioética proporcionaram o aprofundamento das suas bases teóricas e da produção científica nacional^{12,71}. Mas, a inserção da Bioética nos currículos da área de saúde tem acontecido de forma lenta, fragmentada e assimétrica⁷².

No que se refere à Fisioterapia, essa dificuldade de inserção parece ainda mais grave. Em 2009, um estudo realizado por Figueiredo,⁷³ contextualizou a situação da bioética nos cursos de Pós-graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde e demonstrou não haver disciplina de bioética nas áreas de Educação Física, Fisioterapia Terapia Ocupacional. Na mesma linha, Carneiro e Porto et al⁷⁴, em uma análise que delinea o estudo da ética nos cursos de graduação em saúde,

constatou que elas ocorriam em apenas quatro profissões - dentre as 14 profissões da área da saúde - Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia -. Esta talvez seja uma das razões da escassez de publicações que se propõem a fazer uma reflexão bioética sobre as práticas fisioterápicas ou que busquem compreender a visão dos fisioterapeutas sobre os conflitos que emergem dessas práticas.

Há, portanto, um problema que antecede aquele da implantação de conteúdos de Bioética nos cursos de saúde e mais especificamente nos cursos de fisioterapia, que é a própria capacitação do corpo docente para ministrar estes conteúdos de forma teoricamente fundamentada e alinhada com o desenvolvimento epistemológico do campo. Os fisioterapeutas encontram-se diante do desafio de lutar por atividades docentes que atendam uma formação mais crítica e mais reflexiva, voltada para as mudanças do perfil social que atendam as demandas da sociedade ⁷⁵.

2.3 A FISIOTERAPIA E SUAS PRÁTICAS

As especificidades da Fisioterapia estão relacionadas a um aumento da capacidade físico-motora do indivíduo, com análise e elaboração do diagnóstico e do prognóstico fisioterapêutico. Em suas ações, a Fisioterapia, requer um contato direto do terapeuta com o paciente, utilizando na maioria das vezes o contato físico para executar métodos e técnicas de mobilização, palpação, reeducação motora por meio de recursos mecânicos.

Os principais recursos utilizados para o atendimento fisioterapêutico englobam a cinesioterapia, a eletrotermofototerapia, a hidroterapia, mecanoterapia e equoterapia, entre outras. A arte de curar pelo movimento, denominação clássica da cinesioterapia, é entendida pela aplicação do exercício terapêutico para o alívio da dor e melhora dos desconfortos do corpo. Este recurso terapêutico é tradicionalmente utilizado nas práticas da Fisioterapia, promovendo uma interação do paciente e terapeuta de contato corporal, interlocução verbal e confiança.

Além da cinesioterapia, que denota com significância o movimento humano, um vastíssimo leque de outras ações terapêuticas é encontrado na práxis do

fisioterapeuta, privilegiando esta profissão de uma série de especialidades e especificações para a sua atuação profissional.

A saber, algumas especialidades são reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ⁶⁷: Acupuntura; Fisioterapia Dermatofuncional; Fisioterapia Esportiva; Fisioterapia do Trabalho; Fisioterapia Neurofuncional; Fisioterapia Oncofuncional; Fisioterapia Respiratória; Fisioterapia Traumatológica; Osteopatia e Quiropraxia; Fisioterapia em Saúde coletiva; Fisioterapia em Saúde da Mulher.

Diante desta gama de especialidades, é possível perceber que as práticas profissionais muitas vezes estarão direcionadas especificamente para a condição clínica em que o paciente se encontra, bem como o locus de atuação profissional e os recursos terapêuticos disponíveis para esta atuação. Observa-se também que a prática da fisioterapia está fundamentada nas tomadas de decisões que o terapeuta realiza diante de todo o arsenal em que está inserido.

Envolvendo o ato de cuidar, o Fisioterapeuta depara-se com os três níveis de atenção à saúde, que necessitam ser definidos para que se possa entender a prática deste profissional. O primeiro nível, também denotado nível primário ou período da pré-patogênese é onde as medidas adotadas são importantes para evitar as condições ou situações que levam a perda do equilíbrio fisiológico, tais como educação sanitária, orientações sobre prevenção de doenças, condições laborais adequadas, exames periódicos.

O nível secundário relaciona-se com a ação sobre organismos com alterações funcionais já apresentadas, desta forma, as medidas adotadas tem o objetivo de diagnosticar precocemente possíveis sequelas e estabelecer medidas terapêuticas adequadas para proporcionar um novo patamar de equilíbrio no organismo. Enfim, o terceiro nível de prevenção é estabelecido quando o indivíduo permanece com sequela ou uma incapacidade que necessitam ser minimizadas para aumentar a qualidade de vida ⁷⁶.

A natureza da prática profissional revela um campo de atuação recheado de situações adversas, impondo ao profissional o conhecimento técnico e ético para a resolução de conflitos que possam estar presentes no seu cotidiano. É de suma

importância ressaltar que um dos componentes para a eficiência da prática fisioterapêutica é o relacionamento do terapeuta-paciente pautado nos preceitos da ética.

2.4 A BIOÉTICA E A FISIOTERAPIA: PERSPECTIVAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS

Delineadas como áreas do conhecimento relativamente recentes, a Bioética e a Fisioterapia em poucas décadas de existência, aproximam-se em suas concepções de valores e interdialogam nas suas práticas. Analisada primariamente como método biomédico para dirimir os conflitos morais dos profissionais da saúde a Bioética emergiu seu campo de ação para área sanitária, ambiental e social, assim também a fisioterapia, que nasceu na década de 70 com uma proposta relativamente restrita de ação curativa e reabilitadora, em poucas décadas, tanto na legislação quanto na formação, observou a necessidade de se adequar ao novo perfil social da saúde. Talvez, seja na busca humanística e global das suas práticas que a bioética e a fisioterapia se interlaçam e buscam a sua interface para compreender o campo transdisciplinar da saúde.

É claro que esta relação ainda busca sua identificação, seus pontos de interlocução e as suas bases, no entanto, é fato que a Bioética sendo um campo transdisciplinar, conglomerava a Fisioterapia em seu âmbito de práticas e preceitos. Já a Fisioterapia, puramente como ciências da saúde, deve ter suas nuances envoltas pelos conceitos e propostas da Bioética.

A interface destas duas ferramentas se concretiza parcialmente, na relação do paciente com o profissional, na busca de resoluções para os conflitos morais da prática, na formação do profissional, na pesquisa, no elo com o âmbito sanitário e muitas outras identidades que ainda estão se concretizando.

Alguns autores, principalmente na literatura internacional, encontram-se buscando conotar esta relação. Analisando as publicações internacionais, alguns estudos importantes expõem esta temática. No ano de 2000, Ruth Purtilo⁷⁷, no seu

artigo, intitulado “Moral courage in times of change: visions for the future”, destaca que a virtude moral é uma das ferramentas necessárias para que o fisioterapeuta do novo milênio esteja preparado para as mudanças dos cuidados na saúde, preconizando a importância da ética profissional.

Um estudo precursor realizado em 1998, no Reino Unido, buscou identificar a natureza dos dilemas vivenciados por um grupo de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e concluiu-se que os profissionais da fisioterapia preocupavam-se muito com a ética do cuidado, do lidar dia a dia com o paciente, e que a natureza dos dilemas encontrava-se em relação à alocação de recursos, eficiência da terapia, veracidade e limitação da autonomia profissional ⁷⁸.

No ano de 2001, destaca-se o estudo de Swisher⁷⁹ que com o objetivo de estudar o conhecimento ético dos Fisioterapeutas, analisou artigos publicados em revistas estadunidenses entre 1970 e 2000, totalizando uma amostra de 90 artigos, observando-se neste estudo que a abordagem filosófica foi bastante comum entre as décadas de 70 e 80 e que posteriormente a ótica social de interação entre dois campos foi se expandindo. A teoria bioética relacionada nestes estudos era essencialmente a principialista.

Em 2005, uma pesquisa qualitativa norte-americana, objetivou traçar a base ética da tomada de decisão clínica em fisioterapia. Este estudo explorou por meio de entrevista de que forma os oito fisioterapeutas integravam as questões éticas em decisões da prática clínica. Foram descritas categorias relacionadas à integração de questões éticas no processo de tomada de decisão clínica; o bem-estar do paciente; a ética na profissão dos fisioterapeutas; e questões relativas à economia na saúde.

Observou-se que facilmente os fisioterapeutas descreveram as situações clínicas que envolviam questões éticas, no entanto, raramente foram relatadas as situações específicas de conflito. Os dilemas éticos que foram caracterizados eram em relação à autonomia do paciente, e quando as situações de tratamento englobavam a questão emocional do paciente e família ⁸⁰.

Em um estudo realizado em 2007, Ioannis Poulis ⁸¹, denota que a Fisioterapia evoluiu consideravelmente em seu campo de atuação profissional, tratando desde condições primárias de saúde até pacientes gravemente enfermos,

no entanto quase que exclusivamente entre todas as profissões de saúde, a Fisioterapia, é uma das únicas que quase não despertou o interesse por assuntos de cunho ético e filosófico. A autora ressalta que isso é um fato surpreendente, já que o campo de atuação da fisioterapia está permeado por questões éticas a serem discutidas.

Em seu artigo, esta autora também defende que por a fisioterapia, ser muitas vezes um tratamento contínuo em que o indivíduo deve ficar por muito tempo no atendimento, algumas questões éticas devem ser pensadas como: realmente há benefício em se realizar a terapia, mesmo o indivíduo não conseguindo mais alcançar todo o seu potencial de melhora? Estaria o fisioterapeuta utilizando dos princípios éticos para realizar o seu conduta?

Outra questão abordada por este artigo diz respeito à relação do terapeuta com o paciente em dois pontos principais: uma relação de confiança e comunicação estreitada entre paciente e profissional, pois os métodos e as técnicas de Fisioterapia são essencialmente manipulativos, que envolvem o contato físico direto entre terapeuta e paciente e a colaboração que o paciente tem que realizar ao fisioterapeuta realizar a sua atividade, compartilhando assim o grau de sucesso da terapia.

Desta forma, esta autora coloca que a fisioterapia e a bioética devem ser caminhos compartilhados, essencialmente trilhados pela autonomia que o paciente em relação à conduta do tratamento, a relação do terapeuta com o paciente e também atuação da fisioterapia clínica baseada nos princípios éticos. Este estudo ressalta a importância da complementação da bioética no campo de atuação da Fisioterapia, demonstrando a Bioética como uma ciência capaz de dirimir as questões conflituosas da prática profissional por meio das suas ferramentas de atuação.

Na Espanha no ano de 2009, um estudo com estudantes de espanhóis de Fisioterapia para observar a sua concepção sobre ética, realizou um levantamento com 124 estudantes por meio de um questionário que abordava questões de valores e ética. Observou-se nos resultados que os estudantes de fisioterapia têm suas concepções sobre ética cunhada nos valores religiosos, percebeu-se que os contextos éticos relativos a profissão estavam pautados significativamente frente a

autonomia com o paciente e a justiça. Em relação ao ensino, toda a Espanha tem sido tradicionalmente influenciada pela estrutura biomédica, no entanto voltada para as questões humanísticas ⁸².

Em outro estudo realizado em 2010 na Austrália, foi demonstrado que embora tenha tido um crescente número de estudos que relatem o conhecimento da ética na fisioterapia no escopo das responsabilidades clínicas e princípios filosóficos, ainda não se conhece verdadeiramente as questões específicas da fisioterapia e como este profissional reflete sobre os conflitos morais para a tomada de decisões ⁸³.

No Brasil em 2002, buscando observar estas informações no cenário nacional, Renner et cols, ⁸⁴ entrevistaram 37 fisioterapeutas na cidade de Porto Alegre, quanto às situações de dilemas ético que estão presentes na prática profissional, e os dados encontrados foram: 37,5% relativas ao limite de atuação profissional, 25% trataram da falta de recursos, 4,2% ao ato de não dizer a verdade, 4,2% sobre a eficiência da terapia. Vale ressaltar que 29,2%, quase um terço dos entrevistados, relatou não ter identificado situações de dilemas éticos em sua prática, o que obviamente pode apontar para uma deficiência de sensibilização e preparação profissional para identificar conflitos éticos e mais ainda em agir na direção de sua resolução.

Outros trabalhos no Brasil também tem demonstrado preocupações com situações que implicam na tomada de decisões morais, questões que envolvem a autonomia dos pacientes em fase terminal ⁸⁵, e o ensino da ética na graduação ⁸⁶. Entretanto, parece vir sendo mantida uma tendência de fundamentar as discussões, sobretudo, no código de ética profissional, limitando-as, portanto, aos seus aspectos deontológicos e legais.

Um recente estudo de Badaró e Guilhem ⁸⁷ fez uma revisão nas pesquisas da área sobre Bioética e concluíram que as discussões utilizando teorias e conceitos bioéticos modernos são muito escassos na literatura em Fisioterapia e demonstram ainda uma pequena inserção da aplicabilidade destes na prática clínica. Entretanto, essas autoras fizeram uma busca que incluía também apresentações em congressos, pôsteres e revistas não indexadas, o que dificulta garantir a qualidade da produção estudada. Não existe ainda na literatura um estudo de sobre artigos publicados em periódicos indexados, realizando um estudo mais aprofundado de

seus conteúdos com vistas a identificar modelos bioéticos utilizados, temáticas privilegiadas, profundidade das análises feitas dos conflitos, e proposições de intervenção formuladas pela comunidade científica em Fisioterapia preocupada com a questão.

Consideramos que um estudo sistematizado dessas publicações, sobretudo se envolver revistas classificadas com qualis- Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) a partir do nível B2, tem grande relevância, por serem estas publicações as que são submetidas a uma revisão mais rigorosa, tem maior poder de circulação, sendo, portanto, mais representativas da produção científica na área. Um estudo neste formato pode ajudar a caracterizar as deficiências da área e, conseqüentemente, contribuir para o planejamento da formação profissional e para uma produção científica mais qualificada na interface entre Fisioterapia e Bioética. É isso que o próximo capítulo dessa dissertação pretende apresentar.

3. A VISÃO DA BIOÉTICA PELA FISIOTERAPIA NOS ARTIGOS NACIONAIS INDEXADOS

Como já discutido nos capítulos anteriores, o exercício da fisioterapia, como de qualquer outra profissão de saúde é permeado por diversos conflitos éticos, entre os quais se encontram os clássicos conflitos envolvendo terminalidade da vida ou prematuridade extrema, aqueles em torno da autonomia dos pacientes, como a recusa de tratamentos cientificamente comprovados ou tomadas de decisão quando essa autonomia está limitada por situações como senilidade, infância, e distúrbios mentais ou neurológicos. Outros estão diretamente ligados ao sigilo e a confidencialidade de informações obtidas no exercício de práticas domiciliares de assistência e outros são provocados pelas relações interprofissionais em torno das decisões de tratamento ou quanto à legitimidade no domínio de práticas e atos que pertencem a mais de uma categoria profissional.

Todos estes conflitos interpessoais aqui descritos sofrem influência direta dos contextos socioculturais que os envolvem, mas alguns surgem mais especificamente destes próprios contextos e da organização sociopolítica da atenção à saúde com vistas a garantir a sujeitos e comunidades o respeito ao direito a um tratamento fisioterapêutico eficaz. Entre eles poderíamos citar: a deficiência de políticas públicas para essa assistência; a permissão às seguradoras privadas de oferta de um número de sessões de tratamento sabidamente insuficientes; ou ainda as condições de trabalho adversas e escassez de recursos em muitas instituições. Uma

abordagem destas questões teria elos ainda mais fortes com a Bioética propriamente brasileira e Latino-americana.

Nos últimos anos houve um significativo aumento do reconhecimento da Bioética como conteúdo fundamental para uma formação profissional no Brasil. Surgiram muitos programas de educação continuada, cursos de especialização e programas de pós-graduação em bioética, além do surgimento de núcleos nacionais de pesquisas em bioética que proporcionaram um aumento significativo da produção científica brasileira na área ^{12,71} a qual vem sendo internacionalmente reconhecida por sua identidade e temáticas próprias. Entretanto, esta tendência não parece ter alcançado ainda o campo da fisioterapia.

As temáticas que envolvem a Bioética e a Fisioterapia no Brasil estiveram ao longo da história da profissão fundamentada em conceitos deontológicos, limitadas ao código de ética profissional e aos aspectos legais. Um recente estudo de Badaró e Guilhem ⁸⁷ fez uma ampla revisão nas pesquisas da área sobre Bioética e concluíram que as discussões utilizando teorias e conceitos bioéticos modernos são muito escassos na literatura em Fisioterapia e demonstram ainda uma pequena inserção da aplicabilidade destes na prática clínica. Entretanto, essas autoras fizeram uma busca que incluía também apresentações em congressos, pôsteres e revistas de baixa indexação ou não indexadas. Acreditamos que uma busca específica por artigos publicados em periódicos indexados, com qualis CAPES significativo, realizando um estudo mais aprofundado de seus conteúdos é de grande importância, por serem estas publicações as que são submetidas a uma revisão mais rigorosa, tem maior poder de circulação, sendo mais representativa produção científica na área, podendo, por conseguinte, representar melhor o pensamento acadêmico na área. O objetivo desse capítulo foi exatamente, produzir uma busca sistematizada sobre todos os artigos publicados em revistas nacionais indexadas, entre 2000 e 2011, nas quais entre os objetivos principais estivessem às relações teóricas ou práticas entre Fisioterapia e Bioética e realizar uma análise de conteúdo nos artigos encontrados, com vistas a identificar seus temas e suas fundamentações teóricas em Bioética.

3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Os artigos foram pesquisados nas fontes *BIREME* (Biblioteca Virtual em Saúde) e *SCielo* (Scientific Electronic Library Online) com filtros para os anos de 2000 a 2011, utilizando de forma cruzada os descritores: fisioterapia e bioética, e/ou seus derivados: bioético e fisioterápico no singular e plural. A escolha das fontes e descritores visava identificar artigos em revistas brasileiras em língua portuguesa com circulação nacional ou latino-americana.

Foram obtidos um total de 12 artigos. Desses foram excluídos os artigos que apesar de conter os descritores eleitos, a sua ocorrência era periférica ao tema central do artigo e não pretendiam relacionar estes dois campos de saber. Foram excluídos ainda os textos que continham os descritores, mas tratava-se de editoriais e correspondências. O corpus de análise ficou reduzido então a um total de cinco artigos, que foram em seguida caracterizados quanto ao ano de publicação e Qualis das revistas e submetido a uma análise de conteúdo pelo método de Bardin⁸⁹ utilizando-se a forma mista de categorização de análise com algumas categorias e subcategorias pré-definidas e outras que emergiram das leituras flutuantes, buscou-se examinar a fundamentação teórica dos artigos e suas escolhas temáticas. Os textos foram nomeados de A1 a A5.

O quadro de categorias e subcategorias ficou então assim constituído:

1. Conceituação e Caracterização da Bioética;
2. Identificação de Conflitos Bioéticos da prática profissional com três subcategorias: 2.1 conflitos em torno da autonomia do paciente; 2.2 conflitos em torno da veracidade; 2.3 conflitos em torno da confidencialidade.
3. Conflitos da relação interprofissional e intraprofissional;
4. Conflitos diretamente provocados pela condição clínica do paciente;
5. Necessidades de Formação do Fisioterapeuta em Bioética

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 resume a caracterização do corpus de análise, apresentando, o ano de publicação, o Estado onde estão as instituições às quais os primeiros autores estão vinculados, o tema central dos artigos, o Qualis CAPES das respectivas revista

Quadro 1- Caracterização do Corpus de Análise

NOMEAÇÃO DOS ARTIGOS	TEMA CENTRAL	QUALIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	ÁREA DA REVISTA	ESTADO DE ORIGEM
A 1 ⁸⁵	Prática profissional na UTI	B 2	2003	Fisioterapia	Alagoas
A 2 ⁸⁶	Bioética e graduação em fisioterapia	B 2	2008	Fisioterapia	São Paulo
A 3 ⁸⁸	A formação ética do fisioterapeuta	B 2	2007	Fisioterapia	Rio de Janeiro
A 4 ⁸⁴	Dilemas éticos da prática fisioterapêutica	B1	2002	Fisioterapia	Rio Grande do Sul
A 5 ⁸⁷	Revisão sobre	B 2	2008	Fisioterapia	Rio Grande do

	pesquisas em Fisioterapia				Sul
--	------------------------------	--	--	--	-----

Observa-se que com exceção do A5 que se trata de um estudo comparado sobre as temáticas das pesquisas em Bioética e Fisioterapia, os demais artigos que compõem o corpus, dirigem-se propriamente a conflitos envolvendo a prática profissional ou sua formação. Vale ainda observar que todos os artigos foram publicados em periódicos classificados em níveis qualis considerados pela CAPES para quantificar a produção acadêmica; que não houve qualquer regularidade temporal nesta produção, e que ainda que não possa ter significância numérica, a produção por região do país seguiu uma tendência nacional, tendo sido 4 dos cinco artigos produzidos na região sul e sudeste.

3.3 CATEGORIAS E ÍNDICES DE INFERÊNCIA

3.3.1 Conceituação e caracterização da Bioética

A Bioética teve sua definição conceitual como estudo da conduta humana e como ética aplicada à saúde, às ciências da vida e ao ambiente.

(....) “fruto da preocupação ética com questões que dizem respeito a humanidade , surgiu o termo bioética, o qual pode ser conceituado como estudo da conduta humana nas áreas das ciências da vida e dos cuidados da saúde”. (A3)

(....) a bioética, ética aplicada as áreas de saúde e do ambiente (A4)

(...) A interdisciplinaridade e a pluralidade são pressupostos fundamentais que permeiam a complexidade da sua construção e discussão, fundamentados na historicidade da Ética. (A 5)

A conceituação da bioética encontrada denota certa imprecisão, ao modo em que as particularidades da ética aplicada não foram abordadas, também não a distinguiu dos estudos das condutas humanas, sendo este o conceito mais fundamentado da filosofia moral e da ética fundamental. Os textos não relataram as diferenças entre a deontologia e a Bioética e como também podem ser observados em outras categorias de análise, estes dois campos parecem estar relacionados de uma forma ainda bastante confusa no corpus analisado. Somente um dos artigos, menciona uma fundamentação mais contemporânea da bioética, observando as caracterizações de interdisciplinaridade complexidade.

Ainda cabe lembrar que em dois dos cinco artigos analisados não havia nenhuma conceituação da Bioética, e em nenhum dos artigos analisados foi possível perceber menções sobre as tendências teóricas desenvolvidas no Brasil e na América Latina. O único artigo (A 5) que reconhece o desenvolvimento de modelos com identidade própria no Brasil e na América Latina, não chega a citá-los ou descrevê-los. Desta forma, os modelos teóricos encontrados no corpus de análise, se resumem aqueles relacionados a historicidade da bioética, considerados como tradicionais e hegemônicos.

(...)“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; esse autor atribuía um sentido marcadamente ecológico ao termo “Bioética”, que designaria a “ciência da sobrevivência”.(A 5)

(...) “A reflexão bioética é baseada nos princípios da bioética que teve origem no relatório Belmont da Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos na pesquisa biomédica e comportamental e posteriormente na obra clássica de Beauchamp e Childress. (A1)

Dos últimos três artigos que se colocaram em relação à conceituação e caracterização da Bioética, dois demonstraram uma concepção limitada a aspectos históricos e denomina apenas o modelo hegemônico principialista como norteador para o raciocínio ético na prática fisioterapêutica. Não houve no corpus de análise, a consideração de uma ética aplicada que partindo da identificação dos contextos de conflito, levasse em consideração o pluralismo moral e os elos socioculturais e econômicos deste envolvidos.

3.3.2 Identificação de conflitos Bioéticos da prática profissional

Há descrição dos conflitos bioéticos fomentados a partir da relação terapeuta-paciente. Tanto o ambiente de trabalho como a prática profissional dos Fisioterapeutas são analisados como âmbitos que desencadeiam as tomadas de decisões, necessitando assim de conhecimento dos referenciais da bioética.

(...) “ os fisioterapeutas, como profissionais pertencentes as ciências da saúde, vivenciam frequentes e diversas situações que implicam a tomada de decisões morais.(A1)

Outro aspecto que justifica a necessidade dos fisioterapeutas apresentarem o desenvolvimento de competências bioéticas é o fato que nesta prática profissional, o terapeuta pode tanto causar benefícios para o paciente, como ser capaz de provocar danos.

(...) o profissional que cuidava do bem estar das pessoas era extremamente cauteloso em suas ações por que, se por um lado poderiam restaura-lhe a saúde, por outro poderiam produzir dano.(a 3)

A dupla possibilidade “ restaurar a saúde e produzir dano”, traz a tona outra vez dois dos princípios defendidos pela teoria principialista: beneficência e não-maleficência. O princípio da beneficência destaca a obrigação moral do profissional em sempre “ fazer bem” em prol dos seus pacientes e o da não –maleficência, se refere à conduta profissional de estar atento aos casos em que não seja possível fazer o bem, “ao menos, não causar mal”. Neste cenário, é possível observar que necessariamente o Fisioterapeuta necessita de uma formação técnica adequada pois engloba o direito do paciente a uma tratamento eficaz, o que explicitado por um dos artigos.

(....) O paciente tem direito a tratamento eficiente.(A4)

Contudo, os textos analisados não abordam os limites dos princípios, as diferenças de perspectivas sobre o mesmo na percepção do terapeuta e do paciente, e não correlaciona as influências das condições de trabalho nas possibilidades de causar benefício ou dano e na certeza de um tratamento eficiente. Esta ausência de percepções demonstra novamente uma forte indicação ao reconhecimento acrítico do modelo hegemônico principialista, como principal ferramenta para dirimir os conflitos desenvolvidos na relação interpessoais de assistência , sem observar as influências dos contextos socioeconômico e cultural.

Os conflitos mais específicos identificados foram divididos em três sub-categorias, tal como apresentado, na metodologia: 1. Em relação ao respeito à autonomia do paciente; 2. Em relação à veracidade das informações fornecidas; 3. Em relação à confidencialidade e sigilo.

3.3.2.1 Conflitos em relação ao respeito à autonomia do paciente

A concepção demonstrada nos artigos de Bioética e Fisioterapia , definem a autonomia tal como ela foi descrita por Beuchamp e Childress²⁶ , traduzindo na defesa que o paciente apresente frente as condutas proposta, quando ele tem consciência de seus benefícios e riscos. A informação também foi concebida como

uma forma de exercício da autonomia, estabelecendo uma relação de direitos do pacientes e deveres do profissional.

(.....)trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico, sabendo de sua natureza, de suas conseqüências e de seus riscos.(A4)

(....)a informação é a base das decisões autônomas do paciente , necessária para que ele possa consentir ou recusar medidas ou procedimentos de saúde que lhe foram propostos. (A1)

Observa-se também a preocupação com os limites do exercício da autonomia e com elementos relacionados a prevenção do paternalismo, estas ferramentas são bastante discutidas na teoria do princípalismo.

(....)quando o paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito a opinar.(A 1)

(.....) embora o paciente tenha se emancipado e é livre para consentir ou não a realização de um tratamento, alguns profissionais ainda tomam por base a conduta paternalista e decidem pelo paciente. (A1)

(....)o fisioterapeuta pode exercer autoridade demasiada com os pacientes , gerando um desequilíbrio que pode impedir um bom relacionamento, devendo pois ser evitado. (A 2)

As temáticas que envolvem a autonomia observadas na análise do corpus, se refere a busca do equilíbrio entre os direitos do paciente por suas escolhas e as obrigações do fisioterapeuta em respeitá-las. Não foi delineada uma análise mais aprimorada sobre a natureza destes conflitos em relação a autonomia, e quais situações clínicas específicas que eles ocorrem.

É importante mencionar que nos textos analisados, não foram abordados problemas que envolvem a autonomia do paciente por influências sobre sua voluntariedade, relacionada a questões de vulnerabilidade social, como por exemplo: baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a bens e serviços de saúde, diversidade etno-cultural, desigualdade social. Desta forma, não se foi possível observar uma distinção entre proteção à vulnerabilidade e paternalismo. Estas questões são refletidas comumente pela Bioética Brasileira e Latino-americana, demonstrando assim que as reflexões bioéticas propostas pelos artigos de análise, muito distantes desta eleição de modelo da bioética.

3.3.2.2 Conflitos em relação à Veracidade

A veracidade foi uma situação de conflito encontrada no corpus de análise, denominando –se como o ato de revelar a verdade sobre o prognóstico da doença ao paciente. Nestas situações a veracidade é observada nos artigos como uma obrigação moral do profissional.

(...) Não há dilema em dizer ou não dizer a verdade, a verdade é um dever de todo o profissional para com seu paciente (A4).

O conflito ético parece emergir, no entanto, na forma de conduzir esta obrigação moral, sendo que propriamente o conflito não está inserido em dizer ou não dizer a verdade, mas no fato desta informação causar impacto negativo sobre a condição clínica do paciente

(....)O dilema ético presente é de como revelar a má-notícia, que acarreta alteração no futuro do paciente(A 4)

(...) A complexidade da decisão ética apresenta se quando há dois pontos relevantes e ações opostas: a veracidade e a compaixão (A 2).

Neste sentido a discussão sobre a veracidade surge no conteúdo analisado primeiramente com uma perspectiva deontológica do que bioética, reafirmada pelo próprio código deontológico do Fisioterapeuta em seu 7º artigo, inciso VII, que declara que é dever do fisioterapeuta informar ao cliente quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterápico e objetivos de tratamento, salvo quanto tais informações possam lhe causar dano ⁶⁷. Desta forma, não se pode inferir qualquer distinção prática nos artigos entre um questionamento bioético e aqueles que se referem à norma deontológica.

Mesmo que fosse eleito o modelo princípalista para análise do conflito que envolve a veracidade, ele poderia ter sido observado pela compreensão de três princípios *prima facie*; o respeito a autonomia, do paciente, orientando o profissional a revelar a verdade, o princípio da beneficência , que poderia questionar qual o existente em certas formas de verdade, e ainda o da não- maleficência , que orienta o profissional de saúde para quando não há ações benéficas, a cumprir, não agir para evitar o mal.

No entanto, se optarmos em uma abordagem mais crítica e socialmente mediada, como está sendo construída no Brasil e na América Latina, a análise poderia ser centrada em uma abordagem que investigasse a possibilidade da informação causar dano, não puramente pelo estado clínico do paciente, mas também de forma integrada aos contextos socioculturais e a forma de vida cotidiana dos pacientes. Nesta perspectiva, necessitaria ser analisado como se dá os jogos de poder das diversificadas categorias que integram as equipes de saúde, em especial a classe médica, diante da exigência de compartilhar a decisão entre os diversos membros da equipe profissional, o paciente e sua família.

3.3.2.3 Conflitos em relação à Confidencialidade

É praticamente consensual que confidencialidade é muito importante para a relação terapeuta- paciente. Uma vez que se o paciente acredita que as informações compartilhadas serão respeitadas e utilizadas apenas para a finalidade do tratamento ele adquire uma confiança no terapeuta indispensável ao tratamento⁹⁰. Trata-se, portanto, de um tema esperado nas discussões éticas envolvendo as práticas fisioterapêuticas e esta expectativa se cumpriu na medida em que surge em nosso corpus de análise.

Entretanto, existe uma diferença conceitual entre confidencialidade e sigilo que não foi abordada por nenhum dos artigos, sendo os dois termos, quase tratados como sinônimos. Enquanto o primeiro é definido como o respeito à privacidade de uma informação revelada diretamente ao profissional⁹¹ o segundo refere-se a uma informação privada não diretamente revelada pelo paciente, mas à qual ele teve acesso no exercício da profissão. Isso perfaz, uma distinção muito importante, visto que a prática do fisioterapeuta é exercida em âmbitos que permite contato e a acessibilidade a prontuários e assim, as informações privadas que não lhe foram reveladas em uma relação de confiança no curso da prática assistencial, e que o profissional nem sempre sabe que é obrigado a guardar.

É estabelecido pelo código deontológico do fisioterapeuta, como dever profissional manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão da sua atividade profissional⁶⁷. No entanto, o código não expõe situações em que o profissional estará seguro eticamente se por algum motivo, houver quebra de sigilo, ou em quais situações a quebra do sigilo pode ocorrer.

Ressalta-se o fato que no corpus de análises, não brote nenhuma discussão propriamente bioética das situações em se relacionam a confidencialidade e sigilo, assim como ocorreu na questão da veracidade. Em um dos artigos analisados, há um esforço em preencher as lacunas deixadas pela norma deontológica.

(...)O terapeuta pode aceitar a quebra de sigilo quando houver um imperativo categórico de consciência moral para fazê-lo, ou quando as circunstâncias forem inevitáveis (A2)

Novamente, nestes exemplos, ainda não há uma situação prática ou exemplo que possam ser justificados por esta exceção, observando um conteúdo limitado a possibilidade de contribuir com o processo de tomada de decisão em uma situação real. Ainda não são apresentados os tipos de imperativo moral ou quais são as circunstâncias inevitáveis para justificarem a quebra da confidencialidade ou do sigilo. No entanto, estas situações são vastamente enumeradas por textos ou capítulos de livro que tratam da Bioética no contexto da prática clínica, como por exemplo; Goldim e Francisconi ⁹² que enumeram situações tais como: testemunho em corte judicial, comunicação à autoridade competente a ocorrência de doença, procedimento de informação compulsória, maus tratos em crianças ou adolescentes ou ferimentos por armas.

Contudo, esta falta de aprofundamento em situações reais, o artigo também elenca os limites deontológicos ao considerar que algumas dificuldades para manter a confidencialidade não se encontram suprimidas apenas a origem da natureza clínica ou legal das circunstâncias, mas podem ser determinadas pelas condições de trabalho, citando o vazio normativo do código deontológico da profissão.

(...)Manter a confidencialidade para os fisioterapeutas é um problema complexo, pois o ambiente e o sistema de trabalho, não favorecem o sigilo das informações, tampouco o código oferece este auxílio (A 2)

Mesmo não encontrando uma abordagem das questões a partir de referenciais da Bioética, a questão da confidencialidade foi mais aprimorada que

aquelas que envolviam a veracidade de informações, que teve sua fundamentação quase que exclusivamente em uma visão deontológica.

3.3.2.4 Relação Interprofissional e Intraprofissional

Por relação interprofissional entendem-se aquelas que envolvem diferentes categorias de profissionais dentro da mesma equipe de saúde e de intraprofissional, aquelas estabelecidas entre os colegas fisioterapeutas de uma dada equipe ou instituição.

No que tange a relação interprofissional, encontrou-se destaque para a preocupação com a autonomia da profissão no domínio de suas práticas:

(...) o fisioterapeuta é autônomo para avaliar e decidir a prescrição terapêutica, mesmo que o serviço seja feita por outro profissional. (A 2)

E com as possibilidades de desvalorização profissional em detrimento de outras categorias profissionais:

(...) outro aspecto que deve ser considerado nesta atual concepção de saúde é a desvalorização do profissional, seja mediante condições desfavoráveis a prática de sua atividade e até mesmo pelo desrespeito entre os profissionais. (A 3)

Estas questões devem ser abordadas e exigem preocupação , sobretudo, pela existência de projetos de lei que poderiam cercear a autonomia profissional como o Ato Médico, que se encontra em fase avançada de tramitação e que revigora situações históricas em que, tanto o fisioterapeuta como outros profissionais de saúde, eram vistos como auxiliar ou técnico sempre subordinados a conduta médica.

Contudo, não foi encontrado aspectos da discussão que ultrapassassem estes aspectos deontológicos, corporativos e legais do problema, para além do que já prevê o Código de Ética profissional ⁶⁷ e o decreto-lei nº 938 30 que regulamentou a profissão, e define como atividade privativa do fisioterapeuta “ *métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente*”.

Assim também aconteceu com os conteúdos referentes às relações intraprofissionais, elas se suprimiram a discutir a orientação da conduta do profissional em respeito a autonomia do colega e diante de erros cometidos, como é abordado no (A 2) do nosso corpus de análise.

. (...) respeitar a autonomia do colega de trabalho para traçar conduta de tratamento mediante encaminhamento de pacientes é defendido pelo código. (A 2)

(...) orientar e explicar as regras deontológicas que regem a profissão ao colega que errou para que o fato não se repita é uma atitude de compaixão e respeito (A2).

Assim, nesta categoria observa-se claramente no que se refere aos conflitos éticos que envolvem as relações interpessoais entre profissionais que as temáticas se consolidam em aspectos deontológicos e legais do problema e não ultrapassam para uma visão mais ampla, que é característica da bioética.

3.3.3 Conflitos em torno da condição clínica do paciente.

As condições clínicas de um paciente tem fundamental importância na geração de conflitos éticos nas práticas de saúde e o conhecimento destas condições, é indispensável para uma tomada de decisão baseada em referenciais éticos. Desta forma e buscando esta perspectiva, no corpus de análise, a grande diversidade da inserção do fisioterapeuta e sua área específica de atuação foram importantes elementos determinantes aos desafios éticos impostos ao profissional.

(...) dependendo da especialidade do fisioterapeuta, sua atuação pode estar intimamente vinculada ao atendimento de pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal e mesmo em situações de risco de vida. (A1)

(...) no campo da fisioterapia, o profissional lida, na maioria das vezes, com as angústias e dissabores impostos por limitações e sequelas físicas. (A3)

(...) os problemas éticos da reabilitação são difíceis de definir por serem complexos e de difícil compreensão. (A 4)

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destacam-se como locus privilegiado para o surgimento de conflitos éticos, impondo ao fisioterapeuta maiores desafios em suas tomadas de decisão e destacando-se conflitos éticos clássicos da assistência intensivista como obstinação terapêutica, distanásia, ortotanásia e eutanásia. Um dos artigos de nosso corpus foi mais especificamente dedicado a esta questão.

(...) os fisioterapeutas que trabalham em Unidades de terapia Intensiva enfrentam essas circunstâncias e, entre elas a problemática do paciente terminal que requer um tratamento específico tanto do ponto de vista técnico , quanto ético (A1)

(...) cabe a estes profissionais muitas vezes tomar decisões que envolvam o fim da vida(A 1)

Mesmo dada à importância da UTI, como um ambiente privilegiado de conflitos éticos, é de suma importância reconhecer que o paciente terminal, não se encontra necessariamente neste âmbito, ele pode estar inserido em instituições de longa permanência, unidades de cuidados paliativos e até mesmo internados em seus domicílios. Em todos estes lócus, o fisioterapeuta faz parte da equipe multidisciplinar e está inserido, no entanto, estes conflitos ganham outras especificidades.

Sendo assim, a partir do exercício de outras especialidades da Fisioterapia, o profissional pode se deparar com outras situações conflituosas como as incapacidades físicas, o manejo da dor e ainda enfrentamentos entre a vontade dos pacientes e suas famílias em relação ao tratamento.

Porém, no corpus de análise, encontraram-se referências muito escassas e com pouca diversidade sobre as condições as quais os conflitos éticos podem emergir e onde uma reflexão bioética é de extrema importância. Se observarmos apenas as especialidades profissionais reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) teremos ideia da extensão desse déficit nas publicações indexadas e quanto ainda há para ser explorado na interface entre Fisioterapia e Bioética.

3.3.4 Necessidade de Formação do Fisioterapeuta em Bioética

A necessidade de formação profissional em Bioética foi comentada e reconhecida por três dos cinco artigos que compuseram nosso corpo de análise. A incipiência na relação da Fisioterapia e a Bioética foi reconhecida em um dos artigos, no entanto não houve propostas de como superar este estágio de desenvolvimento.

(...) No entanto, é recente a inserção da reflexão bioética sobre a práxis da fisioterápica, ou seja, a apropriação da fundamentação bioética pela Fisioterapia (A5)

Outro artigo também identifica a ausência de dados sobre a preparação ética do profissional e seus impactos sobre as práticas

(...)pouco se sabe sobre o nível de desenvolvimento moral e os efeitos da educação na tomada de decisão na fisioterapia

(A 2).

E chega a propor como solução a criação de uma disciplina específica de Bioética.

(...) sugere-se ministrar uma disciplina que discute os dilemas éticos da profissão, a bioética, pode permitir aos alunos estabelecer melhor a relação entre os problemas enfrentados e o que é estabelecido pelo código(A 2)

Contudo, observa-se na proposta apresentada, que não há correlação com que tem defendido a literatura moderna, que no plano de educação em Bioética, que é a abolição da estrutura disciplinar em favor de conteúdos curriculares que favorecem de forma transversal discussões sobre as práticas, como também a proposta interliga os conteúdos de bioética com os que são estudados na deontologia, sem considerar as diferenças entre as duas áreas.

Siqueira, Zoboli e Kipper ¹², por exemplo, defendem que as discussões da Bioética devem ser realizadas em toda a formação acadêmica dos profissionais da saúde, considerando que raramente estas questões podem ser instituídas em programas disciplinares fixos, já que questões morais são construídas ao longo do tempo. No mesmo sentido, Munhoz ²² defende que a dimensão da formação profissional em ética se concretiza pela aprendizagem e a vivência da ética em bases não deontológicas, oferecendo ao aluno situações em ele possa refletir ou desenvolver a virtude dos valores humanos em sua prática profissional. E a própria

Diretriz Curricular Nacional para o curso de Fisioterapia⁶⁸, instituída em 2002 pelo Conselho Nacional de Educação propõe que os cursos desenvolvam conteúdos transversais visando dotar o fisioterapeuta de habilidades e competências que respeite os limites éticos /bioéticos dos indivíduos e da coletividade.

A lacuna entre a tendência da literatura específica sobre educação em Bioética e a proposta dos artigos até então publicados em revistas nacionais indexadas no âmbito da Fisioterapia, reafirma que estes dois campos ainda estão em um estágio incipiente de desenvolvimento, nesta importante atividade de saúde.

Em um dos artigos, entretanto, houve uma pequena aproximação a esta tendência, quando propões a abertura de espaços de discussão sobre os conflitos vividos, no entanto não há referenciación teórica.

(...) a inclusão de momentos de discussão e reflexão de aspectos éticos nos cursos de graduação e pós-graduação, portanto, faz-se necessária para que a prática profissional se dê de forma responsável, coerente e adequada. (A 4)

Demonstra-se desta forma mesmo que subjetivamente, que os fisioterapeutas estão também percebendo que o preparo profissional é de suma importância para responder aos desafios éticos da prática profissional no contexto brasileiro, que por um lado são impostos pela necessidade de uso das tecnologias de ponta, cada vez mais sofisticadas e por outro lado, por realidades marcadas por condições de trabalho difíceis em contextos socioeconômicos e culturais desfavoráveis a boa prática, observando uma constituição de exigências de formação que superam a simples abordagem do conhecimento do código deontológico.

Essa investigação bibliográfica realizada e sua análise de conteúdo demonstrou o já suspeito grau de incipiência de um pensamento bioético dirigido especificamente à Fisioterapia. O próprio número de cinco artigos em língua portuguesa publicados em revistas nacionais indexadas, já seria suficiente para demonstrar esse estágio bastante tímido do encontro entre essas duas áreas de saber. Entretanto uma abordagem puramente quantitativa, não poderia demonstrar

alguns aspectos qualitativos relacionados ao conteúdo dessa produção, como foi aqui realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desenvolvimentos das perspectivas traçadas neste estudo inferem certo grau de incipiência em todos os domínios que correlacionam a Bioética e a Fisioterapia. Mesmo observando que elas estão inseridas muitas vezes em contextos similares de atuação, a identidade dessa interface ainda está em construção.

Confrontando um pouco do conhecimento acumulado em Bioética Clínica com a descrição dos contextos de prática da Fisioterapia, torna-se evidente a necessidade e a pertinência da preparação de um profissional como o fisioterapeuta, que costuma estar inserido em praticamente todos os ambientes e relações que envolvem o ato de cuidar, neste novo campo de saber. No entanto, a nossa busca na literatura demonstra que os modelos teóricos em Bioética clínica tem sido utilizados e discutidos para as tomadas de decisão, englobando a figura do médico e do enfermeiro, mas não parecem considerar o fisioterapeuta, como um profissional capacitado a exercer o julgamento de decisões clínicas e morais que envolvem o paciente e as circunstâncias que ele está envolvido.

A literatura internacional que tem interligado a prática fisioterapêutica e a Bioética, parece circular em torno de um espectro relativamente restrito de práticas e conflitos que não contemplam toda a amplitude da inserção do fisioterapeuta no campo da saúde. A maioria dos trabalhos dirige-se apenas à dimensão interpessoal desses conflitos, negligenciando a importância das dimensões coletivas expressas nos contextos socioculturais e na organização dos sistemas de atenção à saúde para a geração e complexidade dos mesmos. Ficou claro também que teoria principialista ainda é a mais divulgada para a resolução de conflitos da prática clínica, seguindo esta tendência personalista de compreensão dos conflitos e dilemas éticos da Teoria Principialista.

No que diz respeito à literatura nacional, o quadro apresentado foi ainda mais grave. Além de muito mais exígua, e de seguir a tendência acima descrita da literatura internacional, existe ainda uma evidente confusão conceitual entre ética profissional com Bioética e uma dissociação evidente com a tendência teórica

nacional de produção do conhecimento na área. Isto fica evidente tanto por revisões da literatura mais amplas, envolvendo publicações não indexadas, posters e comunicações orais em congressos, como no estudo mais sistemático que fizemos na presente dissertação, analisando as publicações nacionais indexadas.

A construção de uma interface no Brasil da Bioética e da Fisioterapia, ainda necessita de um grande caminho a ser trilhado. Uma Bioética para a Fisioterapia no contexto de saúde do Brasil necessita ser capaz de capacitar profissionais para identificar os conflitos éticos em torno de sua prática, em pelo menos três níveis: o nível sócio-político, referente às condições sociais, quadro epidemiológico, normas e legislações envolvendo as práticas e organização da atenção à saúde; o nível institucional, relacionado a decisões administrativas e recursos disponíveis que interferem na produção e resolução desses conflitos; e finalmente o nível interpessoal, que abrange de um lado o paciente, seus laços culturais e graus de instrução e do outro, o terapeuta, e suas competências técnicas e éticas necessárias à uma boa assistência.

A análise de conteúdo realizada pelo presente trabalho nos 05 artigos nacionais indexados, todos em revistas classificadas em Qualis- CAPES B2 e B1, mostrou uma preocupação dos fisioterapeutas brasileiros com temas como os limites de atuação profissional, questões em torno da veracidade, e problemas com a eficiência da terapia.

De forma muito semelhante aos artigos internacionais, a totalidade dos artigos que abordou a questão das tomadas de decisão na prática assistencial, considerou apenas a corrente principialista. Praticamente, não houve referência aos espaços públicos consultivos em Bioética, como comitês institucionais, amplamente defendidos pelas tendências mais modernas em Bioética clínica, demonstrando que o processo de tomada de decisão na prática fisioterápica parece ainda compreendido como circunscrito à relação entre o terapeuta e seu paciente. Não foi possível também perceber claramente uma distinção entre aspectos bioéticos e deontológicos nos artigos estudados.

Modelos teóricos brasileiros e latinoamericanos não foram sequer mencionados nos artigos que abordaram as práticas e a formação profissional. Da mesma forma, não foram encontrados qualquer menção às atuais tendências de

desenvolvimento da Bioética apoiadas no referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos e fortemente impulsionadas pela publicação da Declaração de Bioética e Direitos Humanos pela Unesco em 2005.

Os contextos socioculturais, econômicos ou de organização da atenção à saúde não encontraram nenhuma consideração sobre suas respectivas capacidades de influenciar a geração de conflitos nas práticas assistenciais ou pesquisas. Assim sendo daqueles três níveis de análise dos conflitos que defendemos como necessários a uma Bioética dirigida às práticas clínicas, o sociopolítico, o institucional e o interpessoal, apenas o último foi considerado, com uma discreta consideração das condições de trabalho por um dos artigos que pode ser considerada uma passagem, ainda que superficial pelo nível institucional.

Obviamente, os artigos analisados carregam o mérito do pioneirismo, por chamar atenção da categoria através de publicações em algumas das melhores revistas da área para a necessidade crescente de unir a Bioética ao desenvolvimento teórico, à pesquisa e à prática assistencial da Fisioterapia, e demonstraram, por conseguinte, que já existe uma sensibilização dos profissionais para essas carências.

O presente trabalho, como um todo contém os limites de uma proposta inicial e exploratória buscando traçar um perfil da interface entre Bioética e Fisioterapia, e, portanto, sua revisão de literatura internacional não pode ser considerada uma revisão sistematizada e ampla, deixando essa possibilidade para projetos complementares.

No mesmo sentido, a revisão mais sistemática que fizemos apresenta um limite óbvio nos resultados produzidos que é o de ser constituído por um universo de apenas cinco artigos. Contudo, se considerarmos tratar-se dos únicos artigos publicados em revistas indexadas e que todas estas revistas tem nível de qualificação CAPES entre B2 e B1 e, portanto, pertencem a um dos extratos mais considerados para a pontuação de qualidade da produção científica e da atuação de programas de pós-graduação, veremos que justificava-se uma análise em profundidade dos conteúdos desse conjunto.

Acreditamos, entretanto, que o presente trabalho foi capaz de demonstrar o nível ainda primário dos conteúdos específicos da bioética na fisioterapia e a falta de acompanhamento da evolução epistemológica e prática desse novo campo de saber.

Essa situação revelada aponta para algumas estratégias visando o desenvolvimento da Bioética dentro do ensino e da prática da Fisioterapia, que gostaríamos de expor como proposições concretas de nosso trabalho:

1. Desenvolvimento de programas presenciais e a distância para a capacitação em Bioética de professores e pesquisadores em Fisioterapia, e outras áreas da saúde, pelos programas de pós-graduação em Bioética;
2. Atendimento às novas diretrizes nacionais curriculares para o curso de Fisioterapia, contemplando os conteúdos de Bioética de forma coerente com a realidade do país e com as tendências teóricas aqui desenvolvidas;
3. Projetos das associações profissionais de Fisioterapeutas e de Faculdades de Fisioterapia para o estímulo a profissionais e graduandos em concorrer a vagas nas pós-graduações em Bioética, com vistas a formar novos bioeticistas brasileiros, oriundos da Fisioterapia.

Tanto a Fisioterapia, enquanto profissão de nível superior em saúde, quanto a Bioética, enquanto, disciplina e campo de saber, são relativamente recentes no país, o que pode justificar o pequeno grau de desenvolvimento da interface entre elas. Esta justificativa, entretanto não pode causar um acomodamento com a situação dada, visto que tanto para a Fisioterapia, a Bioética pode contribuir para a solidez de suas práticas e das suas produções de conhecimento, como para a Bioética, a prática fisioterápica, pode se constituir em mais um campo de atuação na direção de suas proposições emancipadora.

REFERÊNCIAS

1. Urban CA. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
2. Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. 2º ed. New York: MacMillan; 1995.
3. Garrafa V, Azambuja L. Epistemología de la bioética- enfoque latino americano. Rev Columb de Bioética [periódico da internet]. 2009 Jun [“acesso em” 2012 Apr 9] 4(1):73-92. “Disponível em”:

<http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista8/Articulo3.pdf>
.
4. Drane J, Pessini L. Bioética, Medicina e Tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
5. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8º ed. São Paulo: Edições Loyola; 2007.
6. Garrafa V, Kottow M , Saada A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.
7. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional da bioética. Rev bioét (Impr.) [periódico da internet]. 2012 [“acesso” em 2012 maio 25]; 20 (1): 9-20. “Disponível em” :

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/711
8. Garrafa V. Bioética. “In”: Giovanella L , Escorel S, Vasconcelos L, et al (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 853-868.

9. Garrafa, V. Introdução à Bioética - An Introduction to bioethics. Rev. do Hospital Universitário Ufma [periódico da internet] 2005 [“acesso em” 2012 maio 7] 6 (2): 9-13. “Disponível em”:

http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_6_2_MAIO_AGO_2005.pdf.

10. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Revista Bioética [periódico da internet] 2005 [“acesso em” 2012 maio 2] 13(1): 111-123. “Disponível em”:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/91

11. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética [periódico da internet] 2008 [“acesso em” 2012 9 maio] 16 (1): 11 – 23. “Disponível em”:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55

12. Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ (orgs). Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 2008.

13. Marques JF. Bioética clínica. Rev. Bras. Reumatol [periódico da internet] 2004 Mar [“acesso em” 2012 07 maio] 44(2):xii-ix. “Disponível em”:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042004000200001&script=sci_arttext.

14. Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. Rev. Bioética [periódico da internet] 2011[“acesso em “ 2012 9 maio] 19(2)343 –58.“Disponível em”:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/632/659

15. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 2º ed. São Paulo: Loyola; 2007.

16. Kovács MJ. Em cuidados psicológicos e psicoterápicos. "In": Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ . Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 2008.

17. Paccine R. Bioética personalista aplicada à clínica. "In": Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. 55-64.

18. Diniz D, Guilhem D. O que é bioética?. São Paulo: Brasiliense; 2002.

19. Schramm FR. A autonomia difícil. Rev. Bioética [periódico da internet] 1998 ["acesso em" 2012 8 abr] 6: 27-37. "Disponível em":

<http://pt.scribd.com/doc/5581396/Schramm-Autonomia-Dificil>.

20. Neves MPC, Osswald W. Bioética simples. Lisboa: Verbo ; 2007.

21. Lorenzo C, Formigli V. Introdução à Bioética e Tomada de Decisão nas Práticas de Saúde. Apostila Didática, UnB 2009. 42p.

22. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. "In" Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. 53-70.

23. Segre M, Silva F, Scharmm F. O contexto, histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. Rev. Bioética [periódico da internet]1998[“acesso em “ 2012 15 abr] 6(1):321-389. “Disponível em”:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/321/389.

24. Schramm F, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório?. Ciênc. saúde coletiva. Mar/Apr [periódico da internet] 2008 [“acesso em “ 2012 15 abr]13 (2). 361-370. “Disponível em”:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000200011&script=sci_arttext.

25. Amorim C. Princípio da beneficência e não-maleficência. “In”: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.11-14.

26. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4^o ed São Paulo: Edições Loyola; 2002.

27. Kipper DJ, Clotet J. Princípios de beneficência e não-maleficência. “In”: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998. 37-52.

28. Fortes PAC. Ética e saúde. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 2002.

29. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli, ELC. Bioética e saúde pública. 3^o ed. São Paulo: Loyola; 2003.

30. Pegoraro OA. O lugar da bioética na história da ética e o conceito da justiça como cuidado. "In": Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética e Longevidade Humana. São Paulo: Loyola; 2006.
31. Gauer GJC, Loch JA, Kipper DJ. Breves reflexões sobre bioética e psiquiatria. "In": Kipper DJ. Ética: teoria e prática - uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Edipucrs; 2006.
32. Loch JA, Gauer GJC, Casado M (orgs). Bioética, interdisciplinariedade e prática clínica. Porto Alegre: Edipucrs; 2008.
33. Filho J. Bioética Clínica – Cuidando de Pessoas. Rev Bras Reumatol[periódico da internet] jan/fev 2008[“acesso em “ 2012 18 abr] 48 (1): p. 31-3. “Disponível em “: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/07.pdf>
34. Loch JA. Como analisar conflitos em bioética clínica. "In":Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.48-54.
35. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin 2001;117(1):18-23.
36. Levi GC, Barros AOL. Ética Clínica: a AIDS como Paradigma. 'In": Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998. 285-294.

37. Gauer GJC, Giovelli G. A Relação profissional de saúde-paciente. In: Loch JÁ, Gauer GJC, Casado M (orgs). Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: Edipucrs; 2008.

38. Costa D. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad. Saúde Pública [periódico da internet] 2006 Aug [“acesso em” 2012 abril 20] 22(8):1749-54. “Disponível” em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/24.pdf>

39. Pithan L. Deveres de conduta dos profissionais da saúde: uma análise a partir do dever de confidencialidade. “In”: Loch JÁ, Gauer GJC, Casado M (orgs). Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: Edipucrs; 2008.

40. Gomes JMC. Bases éticas do relacionamento médico-paciente. “In”: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter;2003.177-189.

41. Seoane F, Fortes P. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. Saúde Soc [periódico da internet.] 2009 Jan./Mar [acesso em 2012 may 25] 18 (1).“Disponível em”:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000100005&lang=pt

42. Batista R, Schramm F. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Ciênc. saúde coletiva [periódico da internet.] 2009 Aug [“acesso em” 2012 may 28] 14(4): 1241-1250.). “Disponível em”:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000400030&script=sci_abstract&lng=pt

43. Francisconi CF , Goldim JR. Bioética Clínica. “In” Clotlet J , Feijó A, Oliveira MG. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre; Edipucrs; 2005.59-84.

44. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.

45. Pessini L. Eutanásia: Por que abreviar a vida?. São Paulo: Loyola;2004.

46. Pessini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir?. Rev Bioética, [periódico da internet].2009 nov ["acesso em": 04 Mai. 201];4 (1).1-11 "Disponível em": http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357.

47. Bitencourt A , Dantas M, Neves F, Almeida A, Melo R ,et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. ter. intensiva [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2012 May 17];19(2): 137-143. 'Disponível em": <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a01v19n2.pdf>

48. World Health Organization. WHO. Definition of palliative care [homepage da internet] ["acesso em" 05 maio 2012]. "Disponível em":

<http://www.who.int/cancer/paliative/definition/en/>

49. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O mundo da saúde [periódico da internet]. out./dez. 2005 ["acesso em" 06 maio 2012];. 29(4).491-509. Disponível em:

http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf.

50. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. "In": Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola;2004.181-204.

51. Siqueira JE. Doente terminal. Cadernos de Bioética do CREMESP. 2005.
52. Mccoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos.”In ”: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.167-179.
53. Francisconi C, Goldim J, Lopes M. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. Rev Bioética. [periódico da internet.] 2002 [“acesso em” 2012 may 25] 10(2). “Disponível em”:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/219.
54. Grosseman S, Guedert J. Comitê de bioética em hospital pediátrico: da proposta à ação. Rev Bioética. [periódico da internet.] 2011 [“acesso em” 2012 may 25] 19(3) 765-72. “Disponível em” :
http://www.bioetica.org.br/acervo_biblioteca/revistas/artigo.php?codigo=26167
55. Fortes PAC, Zoboli ELC. Bioética e saúde pública.3º ed. São Paulo; Loyola.2009
56. Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico da internet]. 2002 June [“acesso em” 2012 May 19] ; 48(2): 129-134. “Disponível em”: <http://www.scielo.br/scielo.php>
57. Organizações das nações unidas para Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução para o português: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. 2005.

58. Fortes PAC. Critérios éticos em microalocação em escassos recursos em saúde. "In": Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética- alguns desafios. São Paulo; Loyola. 2001.

59. Zoboli ELCP. Referenciais de análise em bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. "In": Fortes PAC, Zoboli ELC. Bioética e saúde pública. 3º ed. São Paulo; Loyola. 2009.

60. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Rev Bioética. [periódico da internet] 2009 set ["acesso em" 2012 may 26] 13(1) 126-134. "Disponível em":

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102.

61. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: Por uma ética de intervenção. "In": Garrafa V, Pessini L (orgs). Bioética : poder e injustiça. 2º ed. São Paulo: Loyola; 2004.35-44.

62. Schramm FR, Rego M, et al. Bioética, risco e proteção. Editora Fiocruz; 2009.

63. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2012 May 10] ;13(3): 941-954. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>

64. Rebelatto JR, Batomé SP. Fisioterapia no Brasil. 2ª edição. São Paulo: Manole; 2004.

65. Bispo JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. História, Ciênc. Saúde [periódico da internet] jul.-set 2009[acesso em 20 mayo 2012] 16, (3). 655-668. “Disponível em”:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702009000300005&script=sci_arttext.

66. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, et al. A profissionalização da fisioterapia em minas gerais. Rev. bras. Fisioter [periódico da internet] 2006 [“acesso em” 08 mayo 2012] 10(2).241-247. “Disponível em”:
<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n2/v10n2a15.pdf>

67. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 10 de 3 de julho de 1978. Dispõe sobre o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e outras resoluções.

68. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer CNE/CES no 1210/2001: proposta de diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União 10 dez. 2001; seção 1: 22.

69. Barros, FB. (Org.). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002

70. Silva DI, Silveira MF. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Ciênc. saúde coletiva [periódico da Internet] 2011[“acesso em” 20 maio 2012]160(1). “Disponível em” :

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413.

71. Garrafa V, Cordón J.(orgs). Pesquisas em Bioética no Brasil de Hoje. São Paulo: Editora Global; 2006.

72. Figueiredo AM. Profissões da Saúde: bases éticas e legais. Rio de Janeiro. Revinter ;2006.

73. Figueiredo AM. O ensino da bioética na pós-graduação stricto sensu da área de ciências da saúde no Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Brasília; 2009.

74. Carneiro L, Porto C, Duarte S, et al. O Ensino da Ética nos Cursos de Graduação da Área de Saúde [periódico da internet] 2010.[“acesso em” 2012 abril 15];34(3):412-421.

“Disponível em”: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/11.pdf>

75. Faria L, Santos L. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [periódico da internet] 2011 [acesso 2012 abril 15]18(1) 227-240. “Disponível em”: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

76. Nakagwa NK, Barnabé V. Fisioterapia do sistema respiratório. São Paulo: Sarvier; 2006.

77. Purtillo R. Moral courage in times of change: visions for the future. J Phys Ther Educ. 2000; 14(3):4-6.

78. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *J Med Ethics*. 1998 Jun; 24(3):193–199.
79. Swisher L. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). *Phys Ther*. 2002; 82(7):692-706.
80. Revel M .Rigorous evaluation of functional rehabilitation and physiotherapy: an imperative. *Joint B Spine*. 2005 Dec;72(6):439-42.
81. Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *J Med Ethics* 2007 August; 33(8). 435-36.
82. Amer C, Martínez G. Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia/ Study of the bioethics framework of Spanish physiotherapy students. *Rev. iberoam. fisioter. Kinesiol*. 2009 jun;12(1): 4-11.
83. Delany C, Edwards I, Jensen G, et al. Closing the gap between ethics knowledge and practice through active engagement: an applied model of physical therapy ethics. *Phys Ther*. 2010 Jul;90(7):1068-78.
84. Renner F, Goldim J, Prati F. Dilemas Éticos Presentes na Prática do Fisioterapeuta . *Rev Bras de Fisiot*. 2006 set-dez; 6 (3):135-138.
85. Araújo L, Neves W. A bioética e a fisioterapia nas unidades de terapia intensiva. *Rev Fisiot Univ São Paulo*. 2003 jul-dez;10(2) :52-60.

86. Alves F, Degilio; et al. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. Fisioterapia e Pesquisa [periódico da internet].2008 abr./jun [“acesso em” 07 abr 2011]; 15 (2):149-56. “Disponível em”:

<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-498930>

87. Badaró A, Guilhem D. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. Fisioter Pesq [periódico da internet] 2008 out.dez [acesso em” :07 abr 2011]; 15(4): 402-407. “Disponível em”:

<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-517625>

88. Machado D, Carvalho C, Machado B, et al. A formação ética do fisioterapeuta. Fisiot em mov. 2007 jul/set ;20(3):101-05.

89. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

90. Sales P, Sales P, Fantini A, Freitas F, Oliveira M, Silva O, et al. Sigilos profissionais e valores éticos. RFO [periódico da internet] 2008 jan.abr [“acesso em” 07 abr 2012]13(1):7-13. “Disponível em”:

http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/13-01/sigilo_profissional.pdf.

91. Loch J, Clotet J, Goldim R. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico da internet] 2007 June [“acesso em” 2012 Apr 23]: 240-6. “ Disponível em” :

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a22v53n3.pdf>

92. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. 'In": Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998. 269-284