



**Universidade de Brasília**  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

**LEANDRO CORRÊA FIGUEIREDO**

**ABORDAGENS BIOÉTICAS E DEONTOLÓGICAS DO CÓDIGO  
DE ÉTICA PROFISSIONAL PARA FISIOTERAPEUTAS E  
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL**

**Brasília – DF  
2013**

**LEANDRO CORRÊA FIGUEIREDO**

**ABORDAGENS BIOÉTICAS E DEONTOLÓGICAS DO CÓDIGO  
DE ÉTICA PROFISSIONAL PARA FISIOTERAPEUTAS E  
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, nível Mestrado, da Faculdade de Ceilândia/Campus Ceilândia da Universidade de Brasília - UnB, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

**Área de Concentração:** Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Saúde, Educação, Ambiente e Trabalho

**Orientador:** Prof. Dr. Emerson Fachin Martins

**Coorientadora:** Profa. Dra. Tatiana Pontes Barcelos

**Brasília – DF  
2013**

**LEANDRO CORRÊA FIGUEIREDO**

**ABORDAGENS BIOÉTICAS E DEONTOLÓGICAS DO CÓDIGO  
DE ÉTICA PROFISSIONAL PARA FISIOTERAPEUTAS E  
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL**

Brasília, 01/11/2013

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Emerson Fachin Martins – presidente  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

---

Profa. Dra. Paula Giovana Furlan – membro efetivo  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Dra. em Saúde Coletiva - UNICAMP

---

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem – membro efetivo  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Prof. Dr. João Paulo Chierregato Matheus – membro suplente  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

*Dedico esta obra*

*ao meu pai Gersílio e à minha mãe Rita de Cássia por  
todo o empenho até hoje empregado em minha  
educação e pelo ensinamento dos valores éticos;*

*à minha esposa Aline Gratão, motivo pela  
qual esse trabalho foi realizado;*

*à minha filha Ana Laura que fez a vida ter  
novo sentido.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus, Pai e Criador, pela oportunidade de realizar esse trabalho, pela saúde que me destes e por me permitir estar ao lado de todos que serão citados abaixo;*

*Além de ter dedicado a ela, é preciso agradecer a minha esposa Aline Cristina Martins Gratão por ter me encorajado nesse desafio, pela ajuda nas revisões e paciência;*

*À minha filha Ana Laura Gratão Figueiredo, seria impossível expressar em escrita o quanto ela foi importante;*

*Ao meu orientador Emerson Martins Fachin, que faz quase tudo se tornar mais fácil com seu apoio incondicional, é realmente um mestre na educação;*

*À minha coorientadora Tatiana Pontes Barcelos, por todo apoio, em especial na grande contribuição com as análises pertinentes à Terapia Ocupacional;*

*A minha família, jamais conseguiria citar todos, mas lembro de cada um que torceu pela realização desse trabalho;*

*Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa por ter sido fonte de conhecimento, exemplo, inspiração e motivação para o desenvolvimento desta dissertação.*

*Ao Decanato de Ensino em Graduação da Universidade de Brasília e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo para nível mestrado;*

*À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAP/DF pelo apoio financeiro na apresentação de parte desse trabalho no Congresso Internacional de Educação em Fisioterapia em Viena, Áustria em novembro de 2012;*

*Aos estudantes de graduação em Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – Campus de Ceilândia que participaram de coletas e análise parciais desse trabalho;*

*Aos professores e funcionários da Universidade de Brasília, do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde e aos estudantes deste programa que junto a mim fizeram o necessário para que este se fortaleça cada vez mais e*

*A banca examinadora, que foi escolhida com a certeza de contribuição na melhora do conteúdo deste trabalho.*

## SUMÁRIO

TABELA .....	VI
FIGURAS .....	VII
SIGLAS E SÍMBOLOS .....	IX
RESUMO .....	X
ABSTRACT .....	XI
1. INTRODUÇÃO GERAL .....	01
2. OBJETIVOS .....	06
3. MANUSCRITO 1 (Fisioterapia e Pesquisa – ISSN 1809-2950)* .....	07
4. MANUSCRITO 2 (Fisioterapia e Pesquisa – ISSN 1809-2950)* .....	08
5. MANUSCRITO 3 (Cadernos de Terapia Ocupacional – ISSN 0104-4931)* .....	09
6. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES .....	10
7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO .....	14
ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO À REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA .....	18
ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO À REVISTA CADERNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL .....	22

\*Possuem paginação e referências bibliográficas próprias não consideradas na paginação do sumário do corpo da dissertação, por esse motivo o total de folhas da dissertação (90 folhas) é superior à indicação de páginas do corpo da dissertação.

**TABELAS**

Tabela	Título	Página no sumário	Página no documento
1	Distribuição de frequência em valores absolutos de unidades textuais localizadas e categorizadas por documento	08	18
1	Distribuição de frequência em valores absolutos de unidades textuais localizadas e categorizadas por documento	09	19

Total de 02 tabelas.

## FIGURAS

Figura	Título	Página no sumário	Página no documento
1	Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos no Código de Ética Profissional para Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.	07	15
2	Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos nos textos deontológicos.	07	16
3	Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdo nos textos bioéticos.	07	17
4	Proporção de unidades textuais com conteúdo deontológico ou bioético no Código de Ética em comparação com os textos deontológicos ou bioéticos.	07	18
5	Proporção de unidades textuais de autonomia centrada no cliente ou no profissional no Código de Ética em comparação com os textos de referencial teórico deontológico ou bioético.	07	19
1	Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos no Novo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia.	08	14
2	Porcentagem de unidades textuais identificadas no antigo e no novo código da Fisioterapia	08	15
3	Comparações das proporções da distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos nos textos bioéticos	08	16
4	Comparação das proporções de unidades textuais categorizadas em autonomia do profissional ou cliente para o antigo e novo código de ética da Fisioterapia	08	17
1	Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos no Novo Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional	09	15

2	Porcentagem de unidades textuais identificadas no antigo e no novo código da Terapia Ocupacional	09	16
3	Comparações das proporções da distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos nos textos bioéticos	09	17
4	Comparação das proporções de unidades textuais categorizadas em autonomia do profissional ou cliente para o antigo e novo código de ética da Terapia Ocupacional	09	18

Total de 13 figuras.

**SIGLAS E SÍMBOLOS**

<b>CEPFTO</b>	Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional
<b>COFFITO</b>	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

As condutas das classes trabalhadoras, pautadas pelos códigos de ética já não são capazes de prestigiar todos os conflitos enfrentados pelos profissionais, visto que foram concebidos em uma base deontológica. Fatores como o avanço tecnológico e genético, a medicalização na saúde, a deficiência na alocação de recursos, entre outros, alavancaram o surgimento da bioética, com princípios e conceitos que devem ser considerados na conduta e prática profissional. Recentemente o código de ética profissional para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais foi reformulado e novas versões em separado para cada profissional foram publicadas. Frente ao contexto histórico, o presente estudo teve por objetivo verificar a proporção de enfoque bioético presentes no antigo e novos códigos de ética destas profissões. Para isso, utilizou os conceitos de análise de conteúdo proposto por Bardin, porém para fonte documental. Foram fragmentadas unidades textuais em categorias do principialismo bioético (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), bem como nas categorias técnica e virtude consideradas de enfoque deontológico. Em seguida, as unidades textuais categorizadas foram quantificadas para as análises. Os resultados mostraram que o enfoque deontológico, estava mais presente no antigo código, representando 54,4% do total das unidades textuais. Entre as categorias do principialismo bioética a justiça era o mais presente (17,8%), seguido de autonomia profissional (11%), não maleficência (8,5%), autonomia do cliente (5,2%) e beneficência (3,4%). Nos textos com enfoque bioético, a autonomia do cliente apresentou resultado inverso, com 10,5% frente a 7,9% para autonomia profissional. Nos novos códigos, tanto da Fisioterapia como da Terapia Ocupacional, as unidades textuais com enfoque bioético prevaleceram, 53% e 53,6% respectivamente. Redução significativa ( $p < 0,05$ ) foi observada na proporção da autonomia profissional sobre a do cliente nos dois novos códigos, porém a autonomia do cliente passou a ser a unidade textual menos encontrada nos dois novos códigos, sendo constatados 5,7% para o código do fisioterapeuta e 5,1% para o do terapeuta ocupacional. A beneficência deixou de ser a menos citada, passou de 3,4% no antigo código para 6,6% e 6,3% nos novos códigos para o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional respectivamente. Apesar de discreta, houve aproximação aos referenciais bioéticos nos conteúdos dos novos códigos de ética quando comparado ao antigo, possivelmente, pelo aumento da categoria justiça e beneficência. As menores relações da autonomia do profissional sobre a autonomia do cliente evidenciada nos novos códigos, apesar de discreta, direcionam para um conteúdo mais voltado para as questões bioéticas. No entanto, essa relação ainda é contrária àquela apresentada nos textos de enfoque bioético, o que revela uma concepção ainda paternalista que poderá ser modificada com as novas discussões a partir dos novos códigos.

**Descritores:** fisioterapia; terapia ocupacional; ética profissional; teoria ética.

**ABSTRACT**

*The conduct of the working classes, guided by codes of ethics are no able to prestige all the conflicts fronted by professionals, since they were made in a deontological basis. Technological and genetic progresses, medicalization in health, disability resource allocation, among others, have leveraged the emergence of bioethics, with principles and concepts that should be considered in the conduct and professional practice. Recently the professional ethics code for physiotherapists and occupational therapists was redesigned and new versions separately for each professional were published. Front of the historical context, the present study aimed to determine the proportion of bioethical approaches present in the old and new codes of ethics of these professions. For this, we used the concepts of content analysis proposed by Bardin, but for documentary source. Textual units were fragmented into categories of principlism bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice), as well as in technical and virtue categories, considered of deontological approach. Then, the textual units categorized, were quantified for analysis. The results showed that the deontological approach was more prevalent in the old code, representing 54.4% of textual units. Among the categories of bioethical principlism the justice was more frequent (17.8%), followed by professional autonomy (11%), non-maleficence (8.5%), client autonomy (5.2%) and beneficence (3.4%). In the bioethics approaches texts, client autonomy showed opposite result, with 10.5% compared to 7.9% for professional autonomy. In the new codes of Physiotherapy and Occupational Therapy, textual units with bioethical approach prevailed, 53% and 53.6% respectively. Significant reduction ( $p < 0.05$ ) was observed in the proportion of professional autonomy over client autonomy in two new codes, but the client autonomy became the least textual unit found in the two new codes, being observed 5.7% for physiotherapist code and 5.1% for the occupational therapist code. The beneficence no longer is the least cited, increased from 3.4% in the old code to 6.6% and 6.3% in the new codes for the physiotherapist and occupational therapist respectively. Although slight, there approach to bioethical references in contents of the new codes when compared to the old, possibly by increasing the category justice and beneficence. The lowest ratios of professional autonomy over client autonomy in the new code, although slight, direct to content more focused on bioethical issues. However, this relationship is still contrary to that presented in the texts of bioethical approach, which reveals a conception still paternalist that could be modified with further discussion from the new codes.*

**Key Words:** *physical therapy; occupational therapy; professional ethics; ethical theory.*

## 1. INTRODUÇÃO GERAL

O conceito de ética está relacionado à ciência do dever, da obrigatoriedade, a qual rege a conduta humana, desde que exista reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais questionados, e pode ser vista como campo do conhecimento quando entende-se *ethos* como o espaço humano permanentemente construído sob valores disciplinares que tornam o mundo humanamente habitável. Sua etiologia origina-se do termo grego *ethos* que significa caráter, índole natural e temperamento<sup>1-3</sup>.

A ética possui uma relação particular com a Filosofia, visto que sua definição iniciou-se a partir de textos de Platão, Aristóteles e Sócrates; sendo este último o que pregou a ética como a existência de um “bom em si”. Desde então, a ética vem sendo discutida em diversas áreas e por diversos estudiosos como Immanuel Kant, Friedrich Hegel, Nietzsche e Foucault<sup>3-4</sup>.

Em sua época, Michel Foucault defendeu que condutas éticas não devem ser reduzidas a um ato ou a uma série de atos, mas sim ao aprimoramento permanente dos atos do ser humanos sempre considerados a partir dos valores éticos e morais<sup>5</sup>.

Já na linguagem comum, ética passou a ser sinônimo de condutas consideradas honestas, justas e que não lesam o próximo<sup>6</sup>. Alguns autores<sup>6-7</sup> descrevem ser possível utilizar a ética como referência de moral no campo do conhecimento, da educação, da política e do trabalho; embora outros estudiosos<sup>8-9</sup> indiquem que existem diferença entre elas e que devem ser usadas em momentos distintos.

No campo do trabalho em particular, a ética foi e continua sendo utilizada para definir quais são as condutas que devem ou não ser seguidas por um determinado grupo de profissionais<sup>10</sup>.

Assim, nota-se na história que, a partir do momento que surgem as classes trabalhadoras organizadas, regras de conduta também passam a ser estabelecidas, orientando as práticas de ações de forma integrada, no intuito de que todos passem a agir como uma unidade de classe.

Surge então a deontologia, originada da palavra grega *deón* e *déontos*, que significa dever e *logos*, que significa estudo, discurso ou tratado<sup>11</sup>. O campo das discussões éticas no trabalho, a deontologia, surge da idéia de se controlar as atividades profissionais de determinado grupo, estabelecendo deveres e responsabilidades que devem ser exercidas por esta classe profissional, determinada pela reflexão da ética profissional que impõe obrigações aos seus profissionais<sup>12-13</sup>.

Tais deveres, em todas as profissões, estão estabelecidos nos chamados Códigos de Ética Profissional que orientam a prática profissional e o comportamento destes. Segundo esta lógica, trabalhadores deveriam se guiar pelos códigos de ética para tomar decisões, adotar formas de condutas e definir parâmetros frente a conflitos da profissão, como a relação entre os próprios membros e entre seus clientes<sup>14-16</sup>.

No Brasil, o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional surgiu em 1978, pela resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, após a regulamentação da profissão em 1969, com a publicação do decreto-lei 938. Até esta data, a Fisioterapia era um curso técnico que teve início na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo<sup>17-19</sup>.

No Brasil, os fatores que impulsionaram o avanço das profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, foram o elevado número de portadores de sequelas de poliomielite e o desenvolvimento industrial que necessitava reduzir os acidentes no trabalho e recuperar rapidamente os trabalhadores acidentados para a Fisioterapia, e a ocupação do ócio e principalmente atenção voltada para a saúde mental para a Terapia Ocupacional. A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional então, assim como algumas outras profissões, surgem da necessidade de formação de profissionais no campo das especialidades médicas<sup>18, 20-21</sup>.

No mesmo período em que surgem as profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, também ocorrem alguns fatores que expõem as profissões de saúde a novos conflitos. Experiências atroztes como as definidas pela situação gerada por prisioneiros da Segunda Guerra Mundial, os estudos sem consentimento dos indivíduos realizados no *Jewish Chronic Hospital* sem o consentimento prévio dos sujeitos da pesquisa, os avanços tecnológicos nas áreas da Biologia e da Genética, como o Projeto Genoma e a Clonagem Humana, a medicalização da saúde, a ineficiente alocação de recursos na saúde, entre outros

fatores, são propulsores das discussões Bioéticas já existentes em período anterior, como descrito por Fritz Jahr<sup>22-25</sup>.

Em 1971, o oncologista e humanista da Universidade de Wisconsin, Estados Unidos Dr. Van Raessenlaer Potter, publicou a obra chamada “Bioética: Ponte para o Futuro”. Nesta obra, Potter expressa sua profunda preocupação com a interação das questões ambientais e de saúde<sup>26-28</sup>.

Desde então a Bioética recebeu as seguintes definições:

...”Um estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção a saúde, enquanto que esta conduta é examinada a luz dos valores e princípios morais”, em 1978<sup>29</sup>.

... “Estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar” em 1995 e 2004<sup>30-31</sup>.

Com o aumento das discussões em torno do assunto Bioética, em 1974 o governo norte americano formou a Comissão Nacional para a Proteção do ser Humano nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais que em 1978, ao estabelecer o relatório Belmont, com padrões éticos na pesquisa científica, também estabeleceu os primeiros princípios da bioética: beneficência, autonomia e justiça. Adiante, Beauchamp e Childress acrescentaram o termo não maleficência, determinando assim os quatro princípios da bioética e seu modelo principialista<sup>26, 32-33</sup>.

O princípio da beneficência está relacionado com o dever de ajudar aos outros e procurar o bem estar dos enfermos, de fazer promover o bem a favor de seus interesses, com o profissional se comprometendo em avaliar os riscos e os benefícios potenciais individuais e coletivos. Este princípio pode ser entendido de duas formas: como uma beneficência obrigatória e imparcial, impositiva, que perpassa sobre a autonomia do cliente evocando benevolência e o ato fraterno, podendo levar o profissional a condução de atitude paternalista; ou como uma beneficência específica, esta considera os diferentes tipos de limites impostos que impedem que se possa efetivamente atender a todos em todas as circunstâncias se caracterizando por diversas regras morais como evitar que outros sofram, eliminar as condições que causarão danos a outros, ajudar pessoas inaptas e proteger e defender os direitos dos outros inclusive a autonomia<sup>34</sup>.

O princípio de não maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco a partir da avaliação profissional sobre sua técnica e modo de execução. Expõe obrigações mais diretas e rigorosas que as regras da beneficência como não praticar ações ou atos que causem danos<sup>34</sup>.

Já o princípio da autonomia refere-se à autodeterminação do poder de decidir sobre si mesmo. Não está limitado ao poder do profissional ou do cliente. Estabelece que os dois possuam o direito e dever de refletir e agir sob seu ponto de vista, plano de vida ou crença na tomada de decisões frente ao dilema. Para isso, profissional e cliente devem estar cientes das práticas existentes, das que serão adotadas e seus possíveis riscos. Implica que todos os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas de qualquer forma de abuso. Este princípio possui um caráter social esbarrando nos limites da prática em saúde mesmo diante da fragilidade de todos os seres humanos diante de um mundo globalizado<sup>35</sup>.

O princípio da justiça refere-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais e, no Brasil, possui íntima ligação com a Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. É assim o princípio formal da equidade, um dos princípios doutrinários estabelecidos no Sistema Único de Saúde – SUS<sup>24, 36</sup>.

É neste princípio, que o modelo principialista recebe sua maior crítica, principalmente quando aplicado à pesquisa, pois para alguns autores<sup>37-38</sup>, parece este não ser o modelo mais apropriado para questões sociais onde a participação da população pode estar enviesada pelas carências coletivas<sup>39</sup>.

Assim, se a bioética faz parte de um universo muito maior denominado ética, em especial da ética no campo do trabalho em saúde denominada deontologia<sup>22</sup>, não deveriam estas possuir uma relação direta em seus conceitos?

Não é o que a literatura mostra para o Código de Ética Profissional da Odontologia<sup>40</sup>, em que foi observada uma tendência à predominância de questões legalistas e corporativistas com visão centrada na autonomia do profissional, autonomia esta inversa às questões bioéticas voltadas para o cliente. Talvez isso ocorra porque a maior parte dos Códigos de

Ética Profissional foi elaborada em período anterior ao das discussões sobre bioética, como foi o caso do Código de Ética para Fisioterapia e na Terapia Ocupacional<sup>19</sup>.

É possível observar que, atualmente algumas profissões têm discutido ou reformulado seu Código de Ética Profissional, parte deles justificando os novos conflitos bioéticos encontrados no desempenho da profissão<sup>41-44</sup>.

Considerando as discussões citadas e as mudanças que ocorreram no campo ético tanto na prática quanto nas teorias que embasam as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, a análise bioética do antigo e dos novos códigos de ética da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional pode ajudar a revelar quais são as concepções que envolvem os códigos que são documentos em que estes profissionais utilizam para pautar suas condutas.

## 2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi fazer uma análise documental interpretativa do antigo e dos atuais códigos de ética profissional para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, verificando as proporções de enfoques deontológicos e bioéticos com vistas a estabelecer um perfil epistemológico que poderá subsidiar interpretações da visão de conduta profissional e reflexões da forma e linguagem do código de ética profissional.

Para alcançar este objetivo geral, foram definidas as seguintes metas como objetivos específicos:

1. Verificar em que proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estavam presentes no antigo Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
2. Verificar em que proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estão presentes no atual Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia;
3. Verificar em que proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estão presentes no atual Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional;

Cada manuscrito apresentado a seguir refere-se a uma das metas aqui definidas.

**3. MANUSCRITO SUBMETIDO (1)****Revista Fisioterapia e Pesquisa****ISSN 1809-2950****Qualificação Qualis/CAPES: B1 para a área 45 - Interdisciplinar**

## **Código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos relacionados a autonomia do profissional**

### **Ethical code for physical and occupational therapists reveals contents related to professional autonomy**

Código de ética e autonomia profissional

**Leandro Corrêa Figueiredo<sup>1</sup>, Aline Cristina Martins Gratão<sup>2</sup> Emerson Fachin Martins<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Estudante de Mestrado (PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde), Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

<sup>2</sup> Doutora em Ciências (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP), Professora Adjunta, Curso de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia (Neurociências e Comportamento), Professor Adjunto, Curso de Graduação em Fisioterapia, PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

Estudo realizado no Campus de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Estudo documental que não necessita de parecer com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Emerson Fachin Martins

Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia - Campus de Ceilândia

QNN 14, Área Especial, Ceilândia Sul CEP 72220-140, Brasília, DF

[efmartins@unb.br](mailto:efmartins@unb.br) | (61) 3376-6042

## RESUMO

Apesar de já existir código mais recente, estudo que revele os conteúdos do antigo pode contribuir para melhor compreensão do papel social do fisioterapeuta. Assim, este estudo procurou verificar as proporções de enfoques deontológicos e bioéticos presentes no código, identificando predomínios de conteúdos para subsidiar interpretações deste documento. Utilizou-se análise textual e interpretativa do código comparando-o com dois conjuntos de textos. O primeiro apresentava referencial teórico deontológico e o segundo referencial bioético. Para o código de ética e para cada conjunto de textos foram identificadas unidades textuais em categorias de enfoques bioético (princípioalismo) e/ou deontológico (técnica e virtude). Para conteúdos textuais do código de ética e para os dois respectivos conjuntos de textos identificou-se 54,4%, 55,7% e 57,7% de unidades com enfoque deontológico nos seus conteúdos. No código de ética, para as unidades de enfoque bioético, considerando unidades de autonomia separadas entre profissional e cliente, observou-se razão de 2,15:1 (profissional:cliente). Esta razão foi menor que a observada nos textos de referencial deontológico (5,07:1 – profissional:cliente) e inversa à razão de 1,32:1 (cliente:profissional) dos textos de referencial bioético. Conclui-se que o predomínio de conteúdos, tanto no código de ética quanto nos textos deontológicos, mostraram concepções corporativistas e legalistas, prevalecendo uma visão de autonomia profissional. Esta característica divergiu dos textos com referencial teórico bioéticos em que se constatou predominância de valor para autonomia centrada no cliente.

**Descritores:** ética; deontologia; bioética; aspectos técnicos; fisioterapia.

## ABSTRACT

Despite the existence of a recent ethical code, study revealing contents inside the old one could contribute for better comprehension of the physical therapist social function. Then, the present study verified proportions of deontological and bioethical approaches present in this code identifying predominance of contents to support document interpretation. It was used textual and interpretative analysis comparing the code with two other document sets. The first document set showed deontological while the second one presented bioethical approaches. For all documents were identified textual units classified by bioethical (principles) and/or deontological (technique and virtue) approaches. For the ethical code and each document sets were identified 54.4%, 55.7% and 57.7% of deontological contents. The textual units classified in the ethical code as professional or client autonomy showed ratio of 2.15:1 (professional:client). The ratio previously presented was lower than ratio observed in the document set with deontological approach (5.07:1 – professional:client) and it was inversed for document set with bioethical approach (1.32:1 – client:professional). It was concluded that inside ethical codes and deontological document set are present corporate and law conceptions, resulting in a majority of contents reveling professional autonomy. This characteristic was different from document set presenting bioethical approach, where it was observed more contents related to client autonomy.

**Key-words:** ethics; deontology; bioethics; technical aspects; physical therapy.

## INTRODUÇÃO

Apesar de já existir desde o início do século 20 enquanto profissional, o fisioterapeuta somente pode contar com regulamentação quarenta anos depois, em 1969, com a publicação do decreto-lei 938<sup>1-3</sup>. Depois de regulamentada, somente em 1978, pela Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), um Código de Ética Profissional foi publicado<sup>4</sup>.

Desde sua publicação e até os dias atuais ainda existem cursos que não incluem disciplinas para discussões sobre julgamento moral e ética na formação dos fisioterapeutas, não levando em consideração os relatos que afirmam ser a construção do sujeito ético fundamentada na sua educação e formação profissional<sup>5</sup>.

Se discussões sobre ética estão deixando de cumprir o papel de construção de um profissional durante a formação do fisioterapeuta, o prejuízo acaba sendo percebido na própria sociedade, onde os profissionais lidam com angústias e sofrimentos alheios<sup>6,7</sup>.

Para o fisioterapeuta, assim como para outros profissionais, a regulamentação e evolução no processo de formação profissional, bem como a sua forma de atuação sempre estiveram voltadas para aspectos técnicos, como a relação profissional-cliente, relegando as questões atitudinais da profissão a um segundo plano<sup>8</sup>.

Os conhecimentos sobre bioética, ainda que presentes, não podem ser considerados uma realidade efetiva na prática cotidiana dos profissionais da saúde e em particular na formação do fisioterapeuta, visto que, a atuação dos profissionais da saúde está condicionada à ética hipocrática, limitando-se ao estudo e ao cumprimento dos direitos e deveres previsto nos códigos de ética profissional normalmente concebido segundo os preceitos da deontologia<sup>9,10</sup>.

Nos cursos de Fisioterapia, quando encontramos disciplinas com temas que abordam bioética, elas estão expressas por nomes envolvendo a palavra ética, cujas descrições de ementa não deixam claro se será oferecido conteúdos que subsidiarão a tomada de decisões referentes à saúde, vida, morte, dignidade, solidariedade, confidencialidade, privacidade, vulnerabilidade, responsabilidade e qualidade de vida<sup>11-13</sup>.

Alves et al<sup>14</sup>, em estudo sobre o preparo dos conteúdos bioéticos nas graduações em Fisioterapia, relataram que melhores resultados são obtidos nas relações com outros profissionais da saúde para os estudantes de fisioterapia que possuíam tais conteúdos em sua formação. Entretanto, a grande maioria destas disciplinas somente descreve o Código de Ética Profissional<sup>4</sup>, não promovendo discussões ou introduzindo considerações de enfoque bioético, visto que a bioética surgiu muitos anos depois da concepção deste código<sup>5, 8, 11, 15</sup>.

Códigos de ética profissional tradicionalmente consideram o campo do dever, elaborando um conjunto de normas que orientam indivíduos que compartilham associação a determinado corpo socioprofissional e, por integrar o campo do Direito, não exigem convicção pessoal às suas normas, pois elas são obrigatórias, impostas e comportam coerção estatal<sup>16</sup>.

Frente às deficiências observadas nas discussões sobre ética e bioética durante a formação do fisioterapeuta e tendo como exemplo estudo semelhante já descrito para o Código de Ética Odontológico<sup>8</sup>, é possível que o antigo código de ética não apresente conteúdos que incluam abordagens bioéticas. Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar em que proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estavam presentes no antigo Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CEPFTO) traçando perfil epistemológico que poderia subsidiar interpretações da visão de conduta profissional e adequações da forma e linguagem do código.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### *Bases teóricas e procedimentais de análise*

Foi delineado estudo em fonte documental para análise interpretativa do CEPFTO conforme metodologia descrita por Pyrrho et al<sup>8</sup>. Utiliza comparação do código de ética com dois conjuntos de textos, um conjunto com referencial teórico deontológico e o outro bioético.

Seis textos foram selecionados: três com referencial teórico deontológico<sup>17-19</sup> e outros três bioético<sup>14, 15, 20</sup>, formando base contextual para comparar seus conteúdos com o CEPFTO<sup>4</sup>. Os textos para comparação foram levantados das bases: *Google Scholar* e LILACS de 08 a 10 de novembro de 2011.

A análise de conteúdo orientou-se Bardin<sup>21</sup>, porém para fonte textual. Em suas concepções de análise sobre conteúdo, ela afirma que ao usar métodos quantitativos como técnica de análise qualitativa a definição de um estudo qualitativo não é contrariada filosófica e estruturalmente.

### *Organização das categorias de unidades textuais e processamento*

Cada documento foi fragmentado em unidades textuais que poderiam corresponder a parágrafos, frases ou palavras que expressam um conteúdo com significado textual.

As unidades textuais poderiam ser classificadas em uma ou mais de uma das seis categorias resultantes dos quatro princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e da inclusão de duas categorias (virtude e técnica) relacionadas a princípios deontológicos. As unidades textuais informando aspectos morais não relacionados aos

princípios bioéticos e aquelas informando condutas profissionais desejadas socialmente foram enquadradas na categoria virtude. As unidades textuais informando aspectos técnicos, legalistas e conceituais específicos da profissão, foram classificadas na categoria técnica. A categoria autonomia foi subdividida em outras duas categorias: autonomia profissional e autonomia do cliente, a depender de quem era beneficiário da conduta moral.

Desta forma para cada categoria definida, incluindo a subdivisão da categoria autonomia, existia uma coluna organizada de forma matricial em um total de sete colunas na planilha do aplicativo Excel, sendo que cada linha desta matriz indicava uma página do documento analisado.

Para se calcular por soma o total de unidades textuais de maneira organizada, após marcação feita no texto impresso, a quantidade de unidades textuais era inserida na célula de cruzamento correspondente à página (linha) em que foi identificada para a categoria (coluna) em que foi classificada.

Além da distribuição de frequência das unidades textuais, também foi calculada a razão de proporcionalidade pelo quociente da categoria mais prevalente sobre a categoria menos prevalente, informando a quantidade de categorias existente para uma em relação à outra. Diferenças entre proporções foram detectadas pelo teste Qui-Quadrado considerando diferenças significativas aquelas em que foi obtido valor de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

No CEPFTO (figura 1) observou-se predominância das categorias que expressam conteúdos deontológico; seguidas pelas categorias do principialismo bioético: justiça; autonomia; não maleficência e beneficência. Dentre as unidades textuais que informam autonomia, predominou a autonomia profissional em uma razão de proporcionalidade de 2,15:1 (profissional:cliente, figura 1).

Inserir a figura 1 aqui

Nos textos deontológicos (figura 2) observou-se predominância da categoria técnica (deontológica) e da categoria autonomia profissional (bioética), prevalecendo também às categorias de conteúdos deontológicos; seguidas pelas demais categorias do principialismo bioético: justiça; beneficência e não maleficência. Dentre as unidades textuais que informam

autonomia, predominou aqui ainda a autonomia profissional em uma razão de proporcionalidade de 5,07:1 (profissional:cliente, figura 2).

Inserir a figura 2 aqui

Nos textos bioéticos (figura 3), verificou-se predominância das categorias técnica e virtude (deontológicas); seguidos pelas categorias do principlismo bioético de autonomia e depois por justiça; beneficência e não maleficência. Dentre as unidades textuais que informam autonomia, de maneira inversa nas demais análises, predominou autonomia do cliente em uma razão de proporcionalidade de 1,32:1 (cliente:profissional, figura 3).

Inserir a figura 3 aqui

Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre a proporção de categorias deontológicas e bioéticas no CEPFTO quando comparado aos demais conjuntos de textos (deontológicos na figura 4A ou bioéticos na figura 4B). Também não se observou diferença significativa entre proporções na comparação entre os conjuntos de textos (figura 4C).

Inserir a figura 4 aqui

Predominância de unidades textuais informando autonomia profissional foi observada tanto no CEPFTO quanto no conjunto de textos com referencial deontológico. Somente no conjunto de textos com referencial bioético é que a relação foi inversa, predominando unidades textuais relacionadas à autonomia do cliente. Em todas as comparações, a proporção entre unidades textuais relacionadas à autonomia dos diferentes beneficiários foi significativamente diferente, como observado na figura 5.

Inserir a figura 5 aqui

## **DISCUSSÃO**

Poucos estudos sobre ética e bioética na formação do fisioterapeuta foram observados até o momento no Brasil<sup>14, 15</sup>, apontando universidades que ainda não contemplam tais temas na formação do fisioterapeuta.

Os resultados mostram que apenas o princípalismo bioético não seria suficiente para definir as unidades textuais. A inclusão das categorias técnica e virtude (deontológicas) foram fundamentais, predominando no conteúdo da maioria dos textos, reforçando o enfoque deontológico que permeiam os códigos de ética profissionais<sup>5,22</sup>.

Essa ênfase deontológica pode ser explicada pela preocupação com a desvalorização do profissional, seja mediante condições desfavoráveis à sua prática e até mesmo pelo desrespeito entre os profissionais que geram uma carência de humanização na área da saúde<sup>23</sup>. Hermann<sup>24</sup> destaca que as emoções, próprias das questões mais humanistas, durante muito tempo foram negligenciadas nas discussões sobre ética, especialmente por influência da razão prática.

Apesar disso, conteúdos deontológicos apresentaram-se proporcionalmente menores que os observados no Código de Ética Odontológico<sup>8</sup>, sugerindo que o processo de identificar questões e tomar decisões requer habilidades e conhecimentos éticos e apesar de obrigatório para todos, podem variar entre profissionais.

Embora evidenciado a diferenças entre os códigos de ética, pouco se sabe sobre o nível de desenvolvimento moral e tomada de decisões éticas do fisioterapeuta que pudesse embasar uma discussão a este respeito<sup>25,26</sup>.

Nos documentos analisados, o CEPFTO foi o único onde a categoria virtude predominou sobre a categoria técnica, ainda que as duas fossem as categorias mais citadas, tal fato sugere que valorização da honra, prestígio e tradições da profissão, com caráter predominantemente prescritivo está fortemente presentes no CEPFTO<sup>27</sup>.

A categoria autonomia foi a que agregou mais conteúdos dentre as outras categorias bioéticas, estando na maioria dos documentos a autonomia profissional mais prevalente que a autonomia do cliente, caracterizando o terapeuta como o lado mais forte da relação terapeuta-paciente.

Esta relação de prioridade na autonomia profissional mostra dimensão autoritária ou paternalista desta relação e pode possibilitar a expansão da autonomia à medida que se avança o processo terapêutico. Tal relação pode ser justificada no processo histórico de origem da Fisioterapia, que gerou uma relação de dependência, de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro<sup>28</sup>.

É possível observar que o CEPFTO é voltado para o terapeuta, baseado em prescrições estabelecidas e focadas na autonomia deste profissional. Foge completamente da imagem que possui os textos bioéticos, voltados para autonomia do cliente, valorizando a justiça expressa pela igualdade social.

Unidades textuais categorizando beneficência foram às menos citadas no CEPFTO, embora sejam as que melhor elucidam o papel do profissional de saúde. Observa-se que ao confrontarmos os princípios de beneficência e autonomia eles se opõem diametralmente sob o ponto de vista ideológico.

Para beneficência, estabelece-se um consenso sobre o que é bom para a pessoa, estrutura-se um padrão quanto à forma em que ela deve pensar e agir, criando-se a noção de doença em contraposição à de normalidade (conceito estatístico), aceitando-se a ideia de que é lícito, à sociedade, intervir sobre o dito anormal, mesmo que contrariamente à sua vontade e desconsiderando sua autonomia, o que gera o que alguns pesquisadores no assunto chamam de paternalismo<sup>29</sup>.

Já a não maleficência, encontrada de forma escassa em todos os textos, implica em não causar dano, sendo necessário haver compromisso ético dos profissionais de saúde para não causar sofrimento desnecessário ao paciente<sup>30</sup>. Dentre as três análises textuais, a do CEPFTO foi a que mais apresentou conteúdo de não maleficência, ainda que em baixa frequência. O motivo que poderia explicar isso talvez seja o mesmo descrito por Pyrrho et al<sup>8</sup>: a não maleficência é um princípio que contém certa obviedade entre si, já que não se espera de um profissional da saúde que ele atue com o propósito contrário.

## CONCLUSÃO

As frequências de conteúdos deontológicos ou bioéticos no código de ética analisado foram muito semelhantes às frequências nos textos deontológicos e bioéticos. Para as unidades textuais de conteúdo bioético que foram classificadas como autonomia, tanto no código de ética quanto nos textos deontológicos concepções corporativistas e legalistas, prevaleceram com uma visão de autonomia profissional. Esta característica divergiu significativamente dos textos bioéticos em que se constatou predominância de valor para autonomia centrada no cliente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rebelatto JR, Botomé SP. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2 ed. São Paulo: Manole; 1999.
2. BRASIL. *Dinâmica das Graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Ministério da educação. 2006(Brasília):117-84.
3. BRASIL. Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969. *Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília. 1969 16 out.;seção 1:3658.
4. Bispo Júnior JP. *Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2009;16:655-68.
5. COFFITO. *Código de ética profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional*. Resolução COFFITO nº 10 de 22 de setembro de 1978. Diário Oficial da União, Brasília. 1978.
6. Gomes JCM. *O Atual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Cotidiano do Povo Brasileiro*2009.
7. Gomes MASM. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9:1080-2.
8. Pyrrho M, Prado MM, Cordón J, Garrafa V. *Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro*. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14:1911-8.
9. Renner A, Goldin R, Prati F. *Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta*. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2002;6 (3):135-8.
10. Purtilo RB. *A Time to Harvest, a Time to Sow: Ethics for a Shifting Landscape*. Physical Therapy. 2000 November 2000;80(11):1112-9.
11. Anjos M, Siqueira J. *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Sociedade Brasileira de Bioética, Idéias & Letras. 2007(São Paulo):13-28.

12. Hossne WS. Bioética - princípios ou referenciais? O Mundo da Saúde. 2006 out/dez;30:673-6.
13. Carvalho F, Muller M, Ramos M. Ensino à distância: uma proposta de ampliação do estudo em bioética. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2005;3(17).
14. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida Md. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. Fisioterapia e Pesquisa. 2008;15:149-56.
15. Badaró AFV, Guilhem D. Bioética e pesquisa na fisioterapia: aproximação e vínculos Bioethics and research in physical therapy: approximation and bonds. Fisioterapia e Pesquisa. 2008 2008/12/;15(4):402-7.
16. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual Código de Ética Médica 2010.
17. Nascimento M, Sampaio R, Salmela J, Mancini M, Figueiredo I. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2006;10:241-7.
18. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A formação ética do fisioterapeuta. Fisioterapia em Movimento. 2007;20(3):101-5.
19. Almeida M, Castiglioni M. O ensino da ética ao profissional de saúde na USP: a formação ética do terapeuta ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2005 maio/ago.;16(2):75-81.
20. Unesco. Universal declaration on Bioethics and human Rights. Unesco. 2005(Paris).
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977.
22. Fortes PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes. EPU. 1998(São Paulo).
23. Rodrigues N. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. Educação & Sociedade. 2001;22:232-57.
24. Hermann N. Ética: a aprendizagem da arte de viver. Educação & Sociedade. 2008;29:15-32.

25. NARCHI N. Códigos de ética profissional e a pesquisa: direitos autorais e do ser humano. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2002;21(3):227-33.
26. Swisher LL. A Retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy (1970–2000). *Physical Therapy*. 2002 July 2002;82(7):692-706.
27. Purtilo RB. Thirty-first Mary McMillan lecture. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Phys Ther*. 2000 Nov;80(11):1112-9.
28. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10:s419-s25.
29. Segre M, Silva FL, Schramm FR. O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia2009.
30. Lemonica L, Souza MTM. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida2009.

### **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Prof. Dr. Volnei Garrafa (Cátedra da UNESCO de Bioética), Professor Titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo exemplo, motivação e inspiração para o desenvolvimento deste trabalho.

## LEGENDA DAS FIGURAS

Figura 1. Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) no Código de Ética Profissional para Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. À direita do histograma encontra-se o total em porcentagem de unidades textuais classificadas como de conteúdo deontológico, bem como a razão de proporcionalidade entre as unidades textuais subdividas entre autonomia profissional ou do cliente.

Figura 2. Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) nos textos deontológicos. À direita do histograma encontra-se o total em porcentagem de unidades textuais classificadas como de conteúdo deontológico, bem como a razão de proporcionalidade entre as unidades textuais subdividas entre autonomia profissional ou do cliente.

Figura 3. Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) nos textos bioéticos. À direita do histograma encontra-se o total em porcentagem de unidades textuais classificadas como de conteúdo deontológico, bem como a razão de proporcionalidade entre as unidades textuais subdividas entre autonomia profissional ou do cliente.

Figura 4. Proporção de unidades textuais com conteúdo deontológico (cinza) ou bioético (branco) para o total de unidades textuais identificadas no Código de Ética em comparação com os textos deontológicos (A) ou bioéticos (B) e comparação entre os textos de diferentes referenciais teóricos (C). O teste Qui-Quadrado não detectou diferenças significativas entre proporções ( $p > 0,05$ ).

Figura 5. Proporção de unidades textuais de autonomia centrada no cliente (cinza) ou no profissional (branco) para o total de unidades textuais relacionadas à autonomia identificada no Código de Ética em comparação com os textos de referencial teórico deontológico (A) ou bioético (B) e comparação entre os textos de diferentes referenciais teóricos (C). O teste Qui-

Quadrado detectou diferenças significativas entre as proporções em todas as análises representadas nos gráficos por uma estrela negra ( $p < 0,05$ ).

FIGURA 1

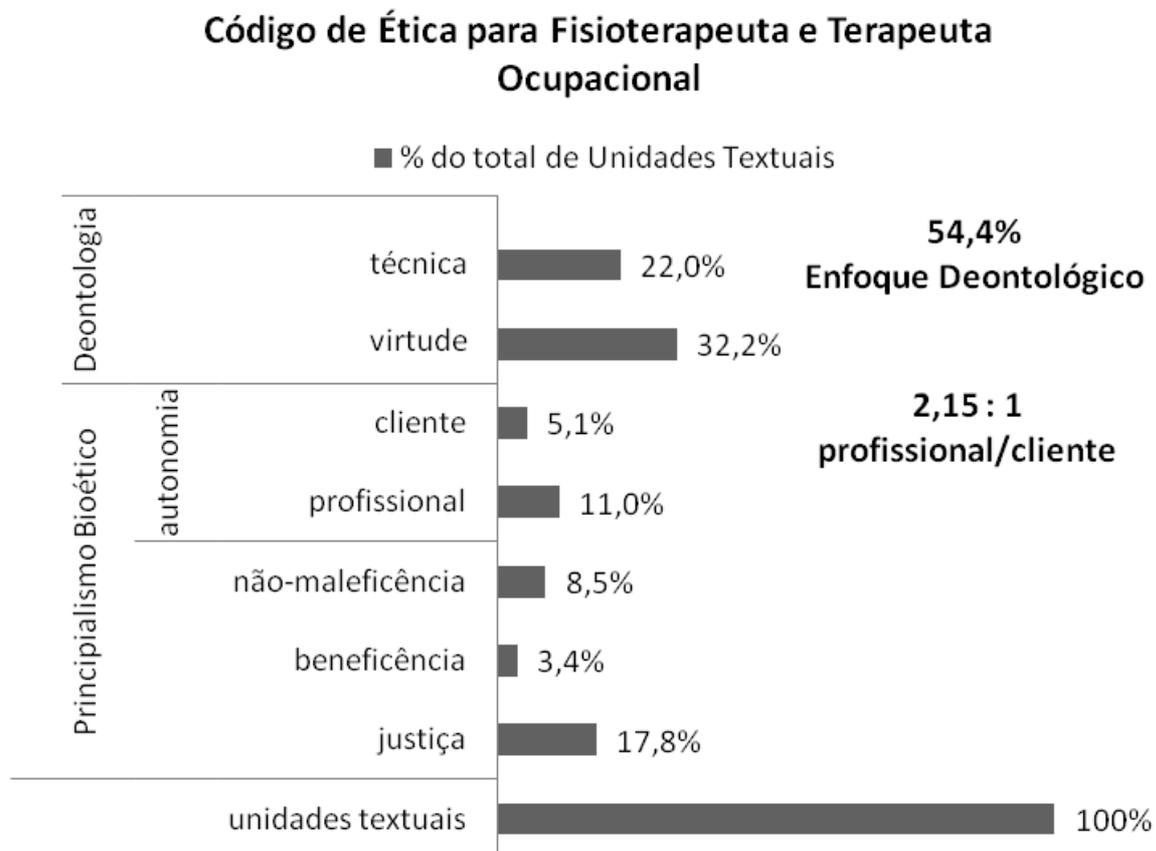


FIGURA 2

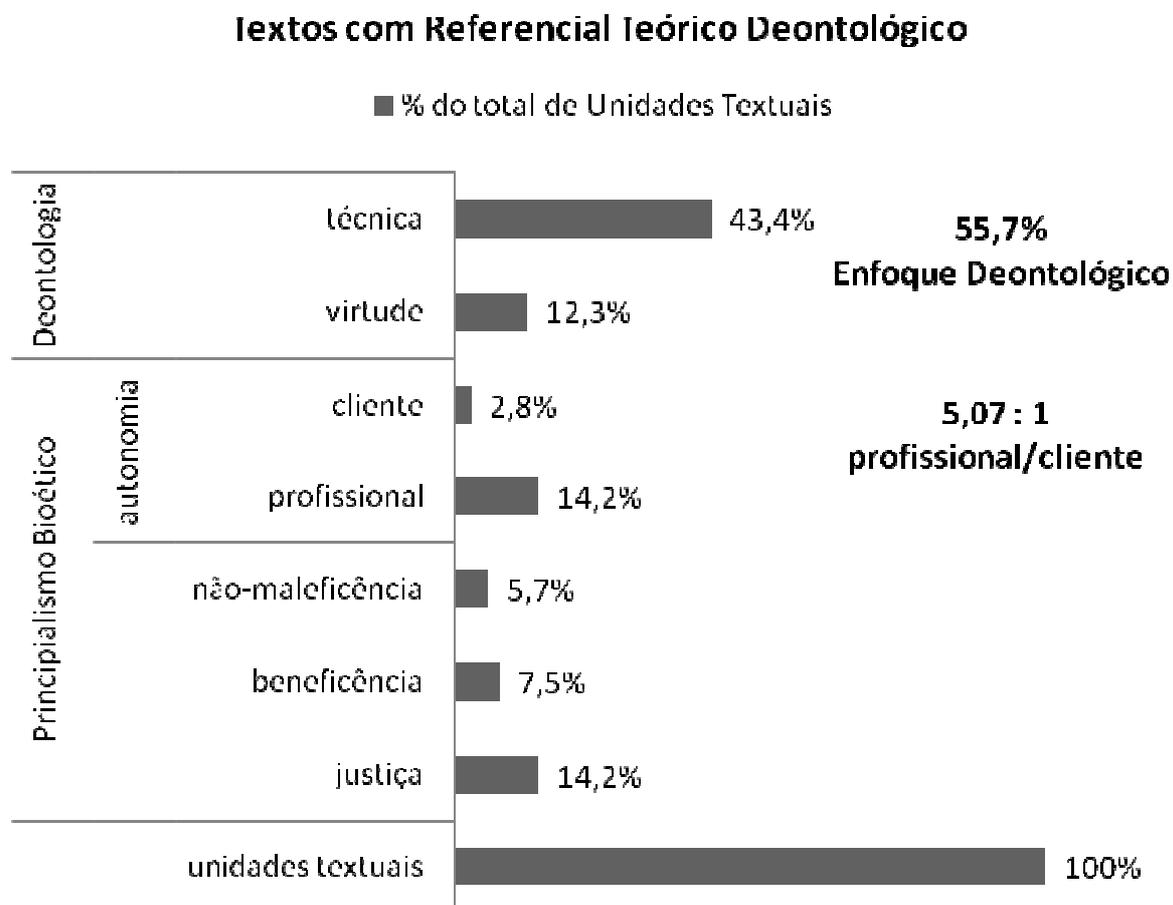


FIGURA 3

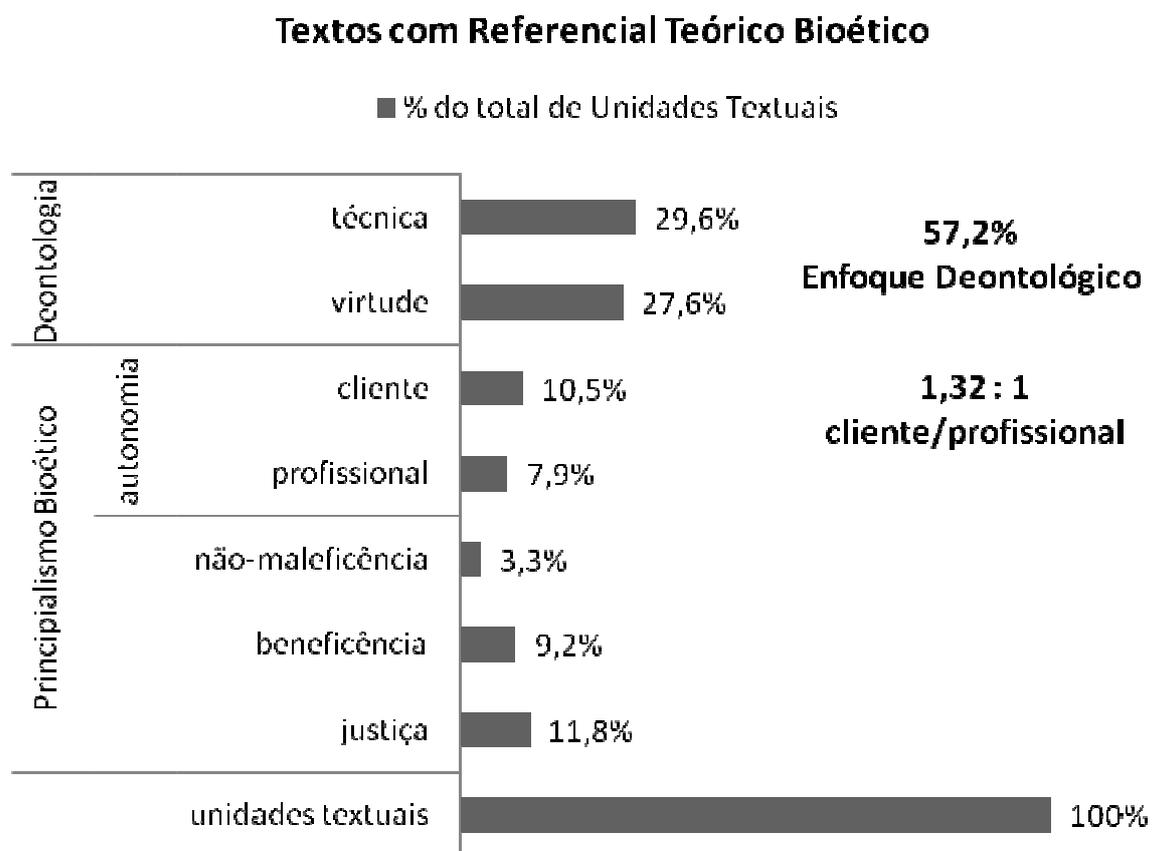


FIGURA 4

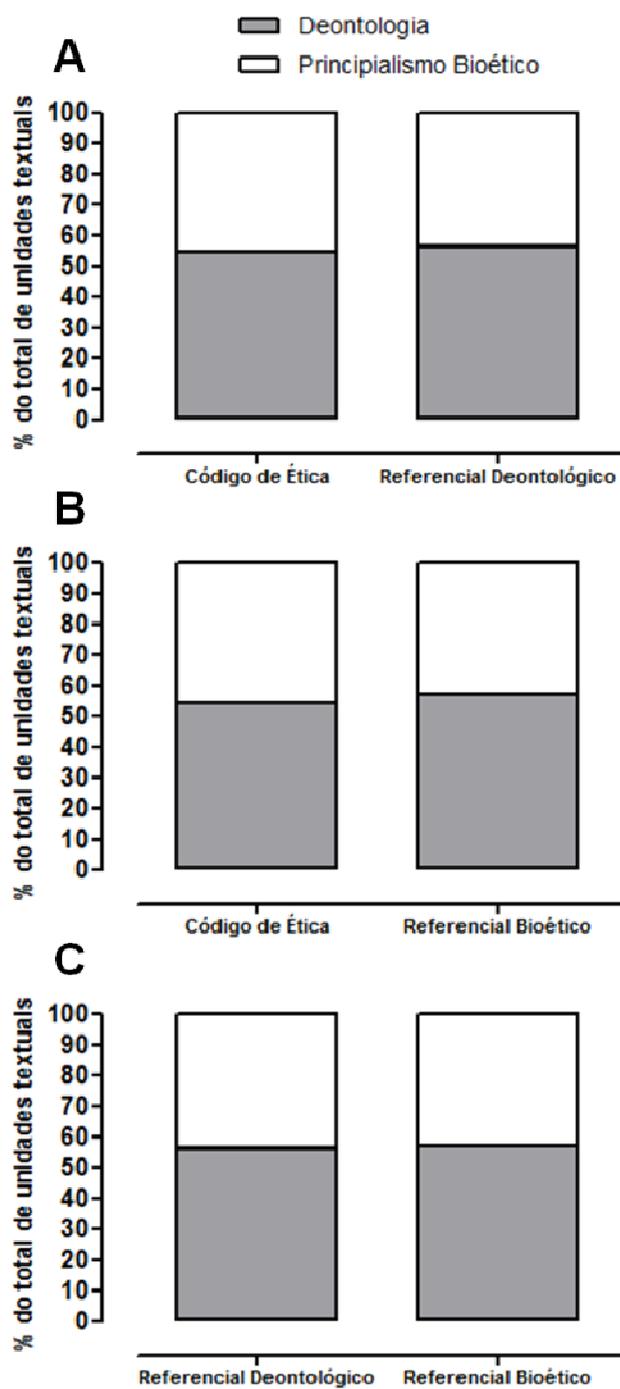
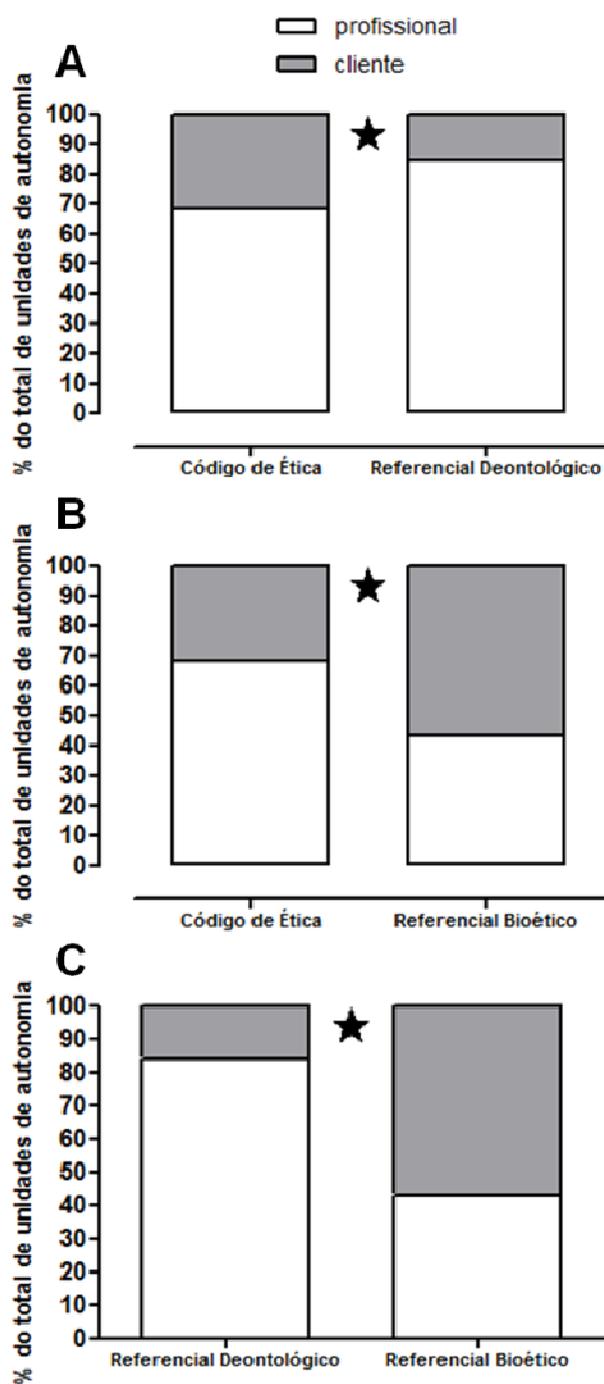


FIGURA 5



#### **4. MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO (2)**

**Revista Fisioterapia e Pesquisa**

**ISSN 1809-2950**

**Qualificação Qualis/CAPES: B1 para a área 45 – Interdisciplinar**

#O manuscrito 1 será utilizado como referência deste manuscrito que estará aguardando sua publicação antes de ser submetido.

## **Abordagens bioéticas e deontológicas do novo código de ética profissional para fisioterapeutas no Brasil**

Bioethical and deontological approaches of the new professional ethical code for physical therapists in the Brazil

Bioética e deontologia no novo código de ética

**Leandro Corrêa Figueiredo<sup>1</sup>, Aline Cristina Martins Gratão<sup>2</sup> Emerson Fachin Martins<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Estudante de Mestrado (PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde), Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

<sup>2</sup> Doutora em Ciências (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP), Professora Adjunta, Curso de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia (Neurociências e Comportamento), Professor Adjunto, Curso de Graduação em Fisioterapia, PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

Estudo realizado no Campus de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Estudo documental que não necessita de parecer com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Emerson Fachin Martins

Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia - Campus de Ceilândia

QNN 14, Área Especial, Ceilândia Sul CEP 72220-140, Brasília, DF

[efmartins@unb.br](mailto:efmartins@unb.br) | (61) 3376-6042

## RESUMO

Os avanços tecnológicos na área da saúde e os novos conflitos profissionais em que os Fisioterapeutas estão expostos atualmente fizeram surgir a necessidade de reformulação do código de ética no qual estes profissionais se pautam para traçar suas condutas. Assim, este estudo procurou verificar em quais proporções os enfoques deontológicos e bioéticos estão presentes no novo código de ética Brasileiro destes profissionais quando comparado ao antigo código através da análise de conteúdo proposta por Bardin, categorizando as unidades textuais no princípalismo bioético (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) além das categorias técnica e virtude. Os resultados mostraram que os enfoques bioéticos agora são maioria no novo código (53%) devido o aumento da categoria justiça (encontrada em 21,9% do total de unidades). Apesar de ainda ser superior, houve redução significativa ( $p < 0,05$ ) da proporção da categoria autonomia profissional sobre a autonomia do cliente. Essas alterações podem revelar aproximação do novo código de ética da Fisioterapia aos conteúdos bioéticos, apesar de ainda necessária maior discussão sobre esse assunto.

**Descritores:** fisioterapia; deontologia; bioética; aspectos técnicos; ética.

## ABSTRACT

Technological advances in health care and new professional conflicts in which Physiotherapists are currently exposed gave rise to the need to reform the code of ethics in which these professionals are guided to trace their behavior. Thus, the purpose this study was to verify the proportions in which ethical and bioethical approaches are present in the new Brazilian code of ethics of these professionals when compared to old code through content analysis proposed by Bardin, categorizing textual units in principlism bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) or technical and virtue categories. The results showed that most approaches are now bioethic the new code (53%) because of the increased of Justice category (found in 21.9% of the total units.). Although still higher, was a significant reduction ( $p < 0.05$ ) the proportion of professional autonomy category over the client autonomy. These changes may prove approaching new code of ethics of Physiotherapy to bioethical contents, although still necessary further discussions on this matter.

**Key-words:** physical therapy; deontology; bioethics; technical aspects; ethics.

## INTRODUÇÃO

Os códigos de ética profissional configuram-se como documentos cujo principal objetivo é regular as relações entre os profissionais de uma mesma categoria, bem como a relação entre estes e a sociedade, tentando solucionar os conflitos éticos que surgem no desempenho da sua prática profissional<sup>1-2</sup>.

Tais conflitos éticos são caracterizados por situações em que o profissional se depara com duas ou mais alternativas de conduta, devendo assim, embasar suas reflexões no conteúdo do seu código profissional para estabelecer um julgamento moral que irá subsidiar a sua tomada de decisão<sup>1, 3-4</sup>.

Embora esta deva ser a conduta correta para os profissionais, estudos mostram que somente o código de ética profissional não é suficiente para nortear tais condutas éticas e morais, sejam por falhas na educação profissional ou no conteúdo destes documentos<sup>1, 5</sup>.

Na tentativa de suprir as lacunas e se estabelecer como um campo de reflexão da conduta profissional, as discussões bioéticas, citadas pela primeira vez em 1927 por Fritz Jahr, tornam-se concretas pelo Dr. Van Raessenlaer Potter em 1971 na publicação do livro chamado “Bioética: Ponte para o Futuro” e são apresentadas na forma de relatório pela Comissão Nacional para a Proteção do ser Humano nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais em 1978 e modificada por Beauchamp e Childress em 1979<sup>4, 6-7</sup>.

Ao que parece, esta iniciativa teve como precursor para seu surgimento, a medicalização da saúde, a ineficiente alocação de recursos, as mudanças na educação em saúde, os avanços tecnológicos, o acúmulo de conhecimento que não se pautou necessariamente em um processo ético/moral e, conseqüentemente, o surgimento de novos paradigmas éticos e morais, dentre outros fatores<sup>8-13</sup>.

Frente ao surgimento das questões impulsionadas pela bioética, o código de ética profissional, principalmente na área da saúde que em sua grande maioria surgiram anteriormente as discussões dos princípios da bioética, deparou-se com a necessidade de reformulações e atualizações de seus conteúdos<sup>12, 14</sup>.

A primeira publicação de um código de ética profissional para o Fisioterapeuta ocorreu em um documento único que incluía também o Terapeuta Ocupacional, e este documento foi publicado antes do surgimento das questões bioéticas, cuja notoriedade foi principalmente reconhecida a partir dos anos 80<sup>15</sup>.

Desde então, passaram-se 35 anos até a reformulação do antigo Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, sendo então publicado, no dia 8 de julho de 2013, por

meio da Resolução 424, o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, agora em uma versão separada do código de ética da Terapia Ocupacional<sup>16</sup>.

Conforme constatado em estudo anterior<sup>17</sup>, que comparou as frequências de conteúdos deontológicos e bioéticos no antigo Código de ética profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional com conjunto de textos deontológicos e bioéticos, as concepções corporativistas e legalistas presentes no antigo código revelaram uma visão que protegia muito mais a autonomia do profissional do que a do cliente. Esta autonomia profissional, definida por alguns autores como paternalismo, fere a autonomia do cliente, impedindo o mesmo de tomar decisões<sup>6</sup>.

Frente a importância deste tipo de análise para se orientar os profissionais Fisioterapeutas e uma vez tendo sido publicado um novo código de ética profissional para o fisioterapeuta, o objetivo deste trabalho foi identificar em quais proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estavam presentes neste novo documento quando comparado ao antigo, traçando um perfil epistemológico que poderá subsidiar interpretações da visão de conduta profissional e adequações de forma e linguagem do código.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### *Bases teóricas e procedimentais de análise*

Foi delineado estudo em fonte documental para análise interpretativa conforme metodologia descrita por Pyrrho et al<sup>18</sup> e Figueiredo et al<sup>17</sup>. Utiliza comparação do antigo com o novo código de ética profissional.

A análise de conteúdo foi orientada conforme a proposta de Bardin<sup>19</sup>, porém para fonte textual. Em suas concepções de análise sobre conteúdo, ela afirma que ao usar métodos quantitativos como técnica de análise qualitativa a definição de um estudo qualitativo não é contrariada filosófica e estruturalmente.

### *Organização das categorias de unidades textuais e processamento*

Cada documento foi fragmentado em unidades textuais que poderiam corresponder a parágrafos, frases ou palavras que expressam um conteúdo com significado textual.

Conforme previamente publicado<sup>17</sup>, as unidades textuais poderiam ser classificadas em uma ou mais de uma das seis categorias resultantes dos quatro princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e da inclusão de duas categorias (virtude e técnica) relacionadas a princípios deontológicos. Observou-se, durante o desenvolvimento do trabalho,

que apenas as categorias do principialismo bioético não eram suficientes para categorizar os textos. Para isso foi inserida duas categorias que representam em sua concepção enfoques deontológicos, podendo assim existir as comparações de enfoques, são elas: virtude (por ser definida como a categoria que sugere a valorização da honra, prestígio e tradição profissional)<sup>20</sup> e técnica (por ser a categoria que expressa conteúdo prescritivo do profissional)<sup>18</sup>.

A categoria autonomia foi subdividida em outras duas categorias: autonomia profissional e autonomia do cliente, a depender de quem era beneficiário da conduta moral.

Para cada categoria definida, incluindo a subdivisão da categoria autonomia, existia uma coluna organizada de forma matricial em um total de sete colunas na planilha do aplicativo Excel, sendo que cada linha desta matriz indicava uma página do documento analisado.

As unidades textuais foram identificadas em categorias por marcações feitas no texto impresso e a quantidade de unidades textuais por categorias foram inseridas nas células de cruzamento correspondente à página em que foi marcada (linha da planilha) com a categoria em que foi classificada (coluna da planilha). Uma vez inserida na planilha, a soma das unidades textuais por categoria era automaticamente somadas pela fórmula adicionada ao final de cada coluna da planilha.

Além da distribuição de frequência das unidades textuais, também foi calculada as proporções observadas no código novo frente às proporções esperadas tendo como base o antigo código de ética. Diferenças entre proporções foram detectadas pelo teste Qui-Quadrado considerando diferenças significativas aquelas em que foi obtido valor de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

O novo código de ética apresentou quase o dobro de unidades textuais quando comparado ao antigo código, sendo observadas agora 228 unidades textuais, ou seja, um aumento de mais 110 unidades textuais identificadas (tabela 1).

No antigo código as 54 unidades identificadas como pertencentes às categorias do principialismo bioético foram superadas pelas unidades textuais classificadas como pertencentes às categorias deontológicas que somaram 64 unidades textuais (tabela 1).

Já no novo código ocorreu uma inversão, as unidades classificadas como pertencentes às categorias do principialismo bioético (121 unidades) ultrapassaram a soma das unidades identificadas como deontológicas (107 unidades).

Inserir a Tabela 1 aqui

Apesar do predomínio de unidades relacionadas ao principialismo bioético que superou os conteúdos deontológicos em 3% (figura 1), a tabela 1 mostra ainda que a ordem decrescente de quantidade de unidades textuais por categoria no antigo código quase se manteve no novo código. O predomínio de conteúdos presentes na categoria virtude, relacionadas à deontologia, continuou sendo o mais prevalente, com 64 e 38 unidades no novo e antigo código respectivamente (tabela 1).

Inserir a Figura 1 aqui

Modificações nesta ordem foram somente observadas com relação à categoria justiça do principialismo bioético (50 unidades) que superou a categoria deontológica relacionada à técnica (43 unidades); seguida pela categoria beneficência que era menos prevalente no antigo código e passou a superar a categoria autonomia do cliente no novo código. Verificou-se que a categoria autonomia do cliente que estava em penúltimo lugar no código antigo, passou a última no código novo.

A figura 1 ainda aponta que os enfoques deontológicos no novo código representaram 43% do total de unidades textuais e uma proporção de 2,07 unidades textuais com conteúdo categorizado como autonomia profissional para cada unidade textuais categorizada como autonomia do cliente (2,07:1).

Do total de unidades textuais categorizadas nos dois códigos, 66% foram identificadas no novo código. O código antigo era organizado em 6 capítulos, o novo código passou ser organizado em 11 capítulos dos quais 5 são capítulos abordando novos temas.

Inserir a Figura 2 aqui

Ao compararmos as porcentagens de unidades textuais entre os códigos (figura 3), observa-se aumento relativo nas categorias autonomia, tanto profissional quanto do cliente, beneficência e justiça; sendo observada redução relativa nas demais.

Apesar dos aumentos e reduções relativas observadas na figura 3, a proporção esperada com base no antigo código não se modificou significativamente da proporção observada no novo código pela análise do teste Qui-Quadrado ( $p > 0,05$ ).

Inserir a Figura 3 aqui

Ao analisar separadamente somente a proporção de unidades textuais informando autonomia profissional e do cliente (figura 4), foi possível identificar uma redução significativa ( $p < 0,05$ )

no novo código de 0,9% para as unidades textuais relacionadas à autonomia profissional e aumento também significativo de 0,9% para unidades textuais relacionadas à autonomia do cliente. Entretanto, essas diferenças não impediram que a categoria autonomia do cliente fosse a menos predominante em conteúdos no novo código de ética.

Inserir a Figura 4 aqui

## DISCUSSÃO

As discussões que antecederam o novo código de ética profissional para fisioterapeutas observaram que um dos principais meios para a construção do sujeito ético é a educação<sup>5</sup> e que o antigo código de ética protegia mais a autonomia do profissional do que a do cliente<sup>17</sup>. Entretanto, a oferta de disciplinas e de profissionais que promovem a discussão entre conceitos deontológicos e bioéticos é baixa, assim como as discussões filosóficas que envolvem estes assuntos<sup>8, 21-23</sup>.

Apesar de não terem se mostrado significativas em termos de conteúdo as modificações do novo código quando comparado ao antigo, os avanços apontam para um conteúdo mais próximo das questões bioéticas, observado pela maior presença de categorias relacionadas ao princípalismo. Neste código já é possível observar todas as unidades textuais que estão mais bem distribuídas por todas as categorias do princípalismo bioético (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia), enquanto que no antigo código a categoria autonomia era a que possuía mais unidades textuais, com um predomínio de uso da palavra profissional<sup>24</sup>. Estudos mostram que a maior parte dos cursos de Fisioterapia possui currículo com o ensino voltado para as questões éticas deontológicas, assim a inclusão das palavras referentes ao princípalismo bioético e o aumento da proporção de enfoque bioético no novo código (53% ante 47% do antigo código) poderiam ajudar nas discussões bioéticas a partir de agora<sup>8, 25</sup>.

Essa diferença de proporção ocorreu pelo aumento da unidade textual com enfoque bioético que atribui significado de justiça, que aparece como a segunda unidade mais citada, diferente do antigo código onde os referenciais deontológicos (virtude/técnica) foram os dois mais encontrados.

Os fatores que podem ter elevado o aumento de unidades textuais nesta categoria são os que envolvem as questões sociais, tais como a equidade no acesso, priorização de atendimento, entre outros, que estão bastante presentes em nosso Sistema Público de Saúde e agora presentes neste novo Código de Ética.

Apesar da já iniciada a inserção do fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde a partir da ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), e do aumento nas citações neste novo código, o item justiça ainda é pouco observado na prática, já que esse refere-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais, item em destaque nas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Fisioterapia<sup>15, 26-27</sup>.

A organização agora em 11 capítulos do novo código, apesar de contemplar novos conteúdos deontológicos, como a exemplo do capítulo: “Da Divulgação Profissional”; possui um deles voltado para as discussões de relacionamento com o cliente/paciente/usuário e outro voltado para docência, preceptoria, pesquisa e publicação<sup>16</sup>.

Essa nova organização mostra-se importante, principalmente no capítulo que trata separadamente da relação cliente/paciente/usuário, uma vez que a Fisioterapia possui contato terapeuta/paciente geralmente por um período mais longo que outras profissões na área da saúde<sup>21</sup>.

Para Poulis (2007)<sup>21</sup>, a autonomia é descrita como a principal relação terapeuta/paciente, sendo o paciente não mero coadjuvante, mas responsável tal como o terapeuta pelo resultado final da terapia, sendo autônomo sobre a condução de seu tratamento.

No novo código a diminuição da proporção da autonomia profissional sobre a autonomia do cliente pode apresentar um conceito mais próximo do enfoque bioético, pois elucida o respeito, a vontade e limites do cliente, gerando uma diminuição do conceito paternalista.

A beneficência, ainda que apareça poucas vezes, deixou de ser a unidade textual menos observada e isso elucida melhor relação entre terapeuta/paciente já que este princípio talvez seja o que melhor representa o papel do profissional diante do seu cliente, desde que o profissional respeite a autonomia do cliente<sup>18, 28</sup>.

O princípio da não maleficência, reconhecido como o dever do profissional em não causar dano ou diminuir os riscos ao cliente, continua sendo pouco citado, ainda sustentado pela idéia de que não se espera conduta contrária a essa do profissional de saúde<sup>15, 18, 28</sup>.

Por fim, além dos princípios de enfoques bioéticos e deontológicos, outra observação importante feita no novo código são as unidades textuais referentes a atuação do profissional também voltada para o sistema público de saúde, concretizando a interdisciplinaridade e humanização proposta no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, os desafios não estão apenas na inserção do profissional pelo SUS, mas também na capacitação desse profissional para o trabalho no SUS. Por isso, os autores acreditam que a partir do momento que o novo código traz estas questões para serem debatidas, ocorrerá melhora gradual sobre este assunto na educação destes profissionais<sup>29</sup>. Assim, surge um novo desafio na área educacional, à

qualificação de profissionais capazes de discutirem as questões que envolvem o assunto ética/bioética e a transmissão do conhecimento na formação do profissional Fisioterapeuta.

## **CONCLUSÕES**

Apesar de ainda possuir em grande parte conceitos deontológicos, concluímos que o novo Código de Ética Profissional da Fisioterapia apresentou evoluções em seu conteúdo quanto aos referenciais bioéticos, ficando mais próximo principalmente das questões de caráter humanistas e questões que envolvem a autonomia do cliente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alves FJdS, Lisboa NP, Weffort EFJ, Antunes MTP. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. *Revista Contabilidade & Finanças*. 2007;18:58-68.
2. Leão HMC. A importância das teorias éticas na prática da bioética. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10:s427-s32.
3. Renner A, Goldim J, Prati F. Dilemas eticos presentes na pratica do fisioterapeuta; Ethical dilemmas experienced in physical therapy practice. *Braz J Phys Ther(Impr)*. 2002;6(3):135-8.
4. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. *Brazilian Oral Research*. 2006;20:285-9.
5. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A formação ética do fisioterapeuta. *Fisioterapia em Movimento*. 2007;20(3):101-5.
6. Antonio EMR, Fontes TMP. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2011;38:355-60.
7. Beauchamp T. CJ. *Princípios de Ética Biomédica*. Brasil. Edições Loyola. 2002.

8. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida Md. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2008;15:149-56.
9. Amorim KPC, Araújo EMd. Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013;37:138-48.
10. Dantas F, Sousa EGd. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32:507-17.
11. Dias HZJ, Gauer GJC, Rubin R, Dias AV. Psicologia e bioética: diálogos. *Psicologia Clínica*. 2007;19:125-35.
12. Gomes AMdA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006;30:56-65.
13. Oliveira RAd, Jorge Filho I. Bioética clínica: como praticá-la? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2010;37:245-6.
14. Hossne WS. Bioética-sociobiologia: Neologismos oportunos? interface da tecnociência com as ciências humanas e sociais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17:453-62.
15. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2005;14:106-10.
16. COFFITO. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Brasília - DF. RESOLUÇÃO NO. 424, de 3 de Maio de 2013.
17. Figueiredo LC, Gratão ACM, Martins EF. Antigo código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos que mais protegiam a autonomia do profissional do que a do cliente. Brasília2013. p. 19.
18. Pyrrho M, Prado MMd, Córdón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:1911-8.

19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977.
20. Purtilo RB. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Physical Therapy*. 2000;80(11):1112-9.
21. Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *J Med Ethics*. 2007 August;33(8):435-6.
22. Badaró AFV, Guilhem D. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2008;15:402-7.
23. Figueiredo AMd. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35:163-70.
24. COFFITO. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília - DF. RESOLUÇÃO COFFITO-10 de 3 de Julho de 1978 1978.
25. Carneiro LA, Porto CC, Duarte SBR, Chaveiro N, Barbosa MA. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34:412-21.
26. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:1627-36.
27. Muñoz DR. Bioética: a mudança da postura ética. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2004;70:578-9.
28. Souza LAF, Pessoa APdC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013;34:187-95.
29. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na estratégia Saúde da Família. *Fisioterapia em Movimento*. 2012;25:419-31.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Prof. Dr. Volnei Garrafa (Cátedra da UNESCO de Bioética), Professor Titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo exemplo, motivação e inspiração para o desenvolvimento deste trabalho.

## LEGENDA DAS FIGURAS

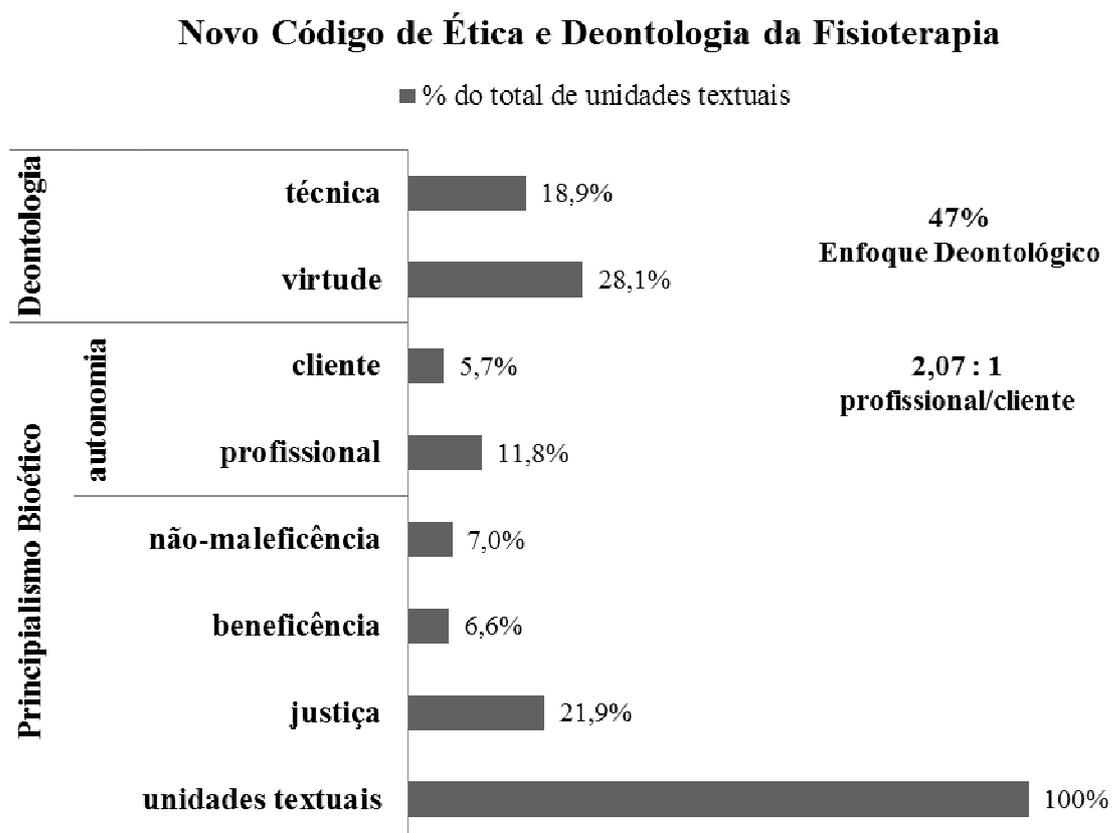
Figura 1. Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) no Novo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. À direita do histograma encontra-se o total em porcentagem de unidades textuais classificadas como de conteúdo deontológico, bem como a razão de proporcionalidade entre as unidades textuais subdividas entre autonomia profissional ou do cliente.

Figura 2. Gráfico de barras indicando a porcentagem de unidades textuais identificadas em cada código: antigo (cinza) e novo (branca) com base no total de unidades textuais identificadas nos dois códigos.

Figura 3. Comparações das proporções da distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) nos textos bioéticos. A barra cinza indica as porcentagens obtidas no código de ética antigo e as barras brancas indicam as proporções para as mesmas categorias obtidas no novo código de ética.

Figura 4. Gráfico de barras indicando a comparação das proporções de unidades textuais categorizadas em autonomia do profissional ou cliente para o antigo (cinza) e novo (branca) código de ética. O teste Qui-Quadrado detectou diferenças significativas entre proporções ( $p < 0,05$ ) quando analisadas em separado das demais categorias analisadas. A seta apontando para baixo indica redução no novo código de ética e a seta para cima indica aumento neste mesmo código.

FIGURA 1



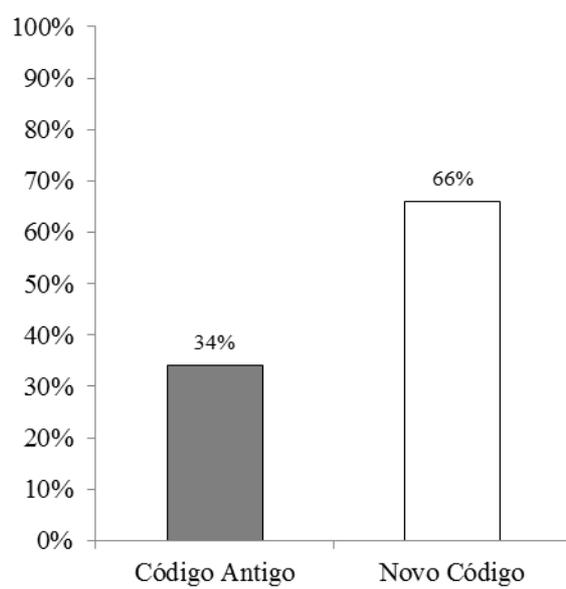
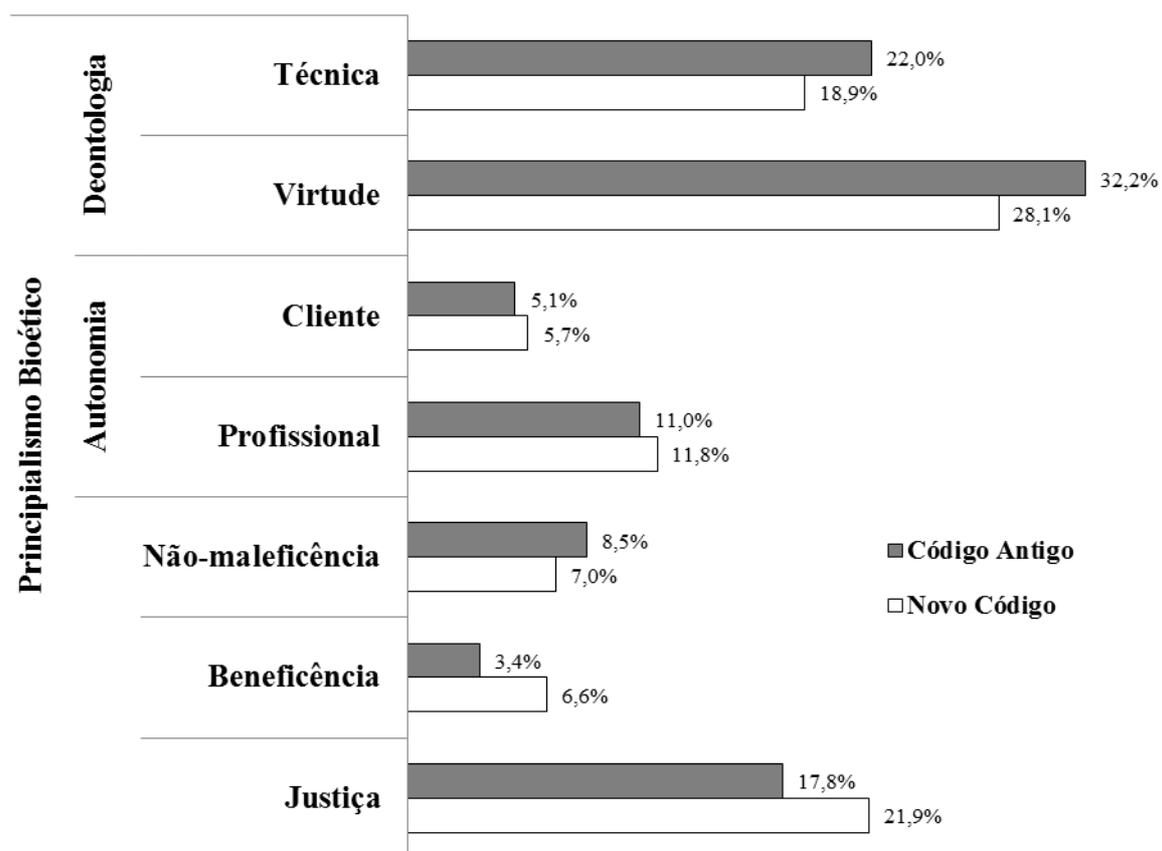
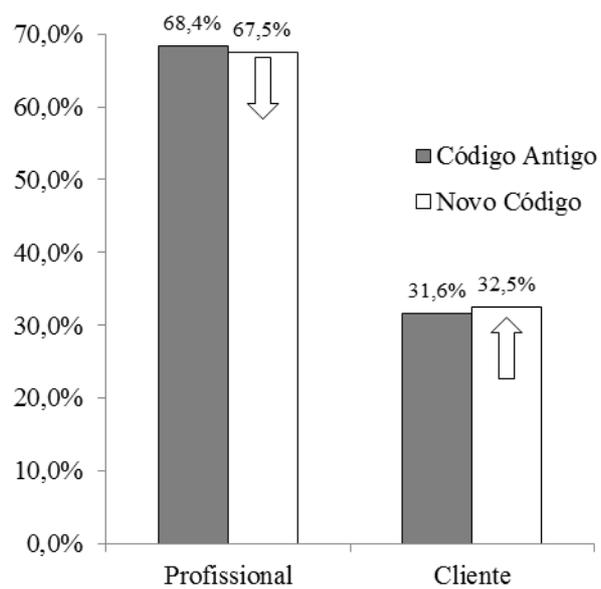
**FIGURA 2**

FIGURA 3



**FIGURA 4**

## TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição de frequência em valores absolutos de unidades textuais localizadas e categorizadas por documento.

		Unidades Textuais	
		Novo	Antigo
Princípio Bioético	Justiça	50	21
	Beneficência	15	04
	Não maleficência	16	10
	Autonomia	27	13
		Profissional	
		Cliente	
Deontologia	Virtude	64	38
	Técnica	43	26
Total		228	118

As categorias mais e menos unidades textuais foram destacadas na tabela.

## **5. MANUSCRITO VERSÃO EM PORTUGUÊS PARA SUBMISSÃO (3)**

**Cadernos de Terapia Ocupacional**

**ISSN 0104-4931**

**Qualificação Qualis/CAPES: B1 para a área 45 - Interdisciplinar**

#O manuscrito 1 será utilizado como referência deste manuscrito que estará aguardando sua publicação antes de ser submetido.

## **Abordagens bioéticas e deontológicas do novo código de ética profissional para terapeutas ocupacionais no Brasil**

Bioethical and deontological approaches of the new professional ethical code for occupational therapists in the Brazil

Bioética e deontologia no novo código de ética

**Leandro Corrêa Figueiredo<sup>1</sup>, Aline Cristina Martins Gratão<sup>2</sup>, Tatiana Pontes Barcelos<sup>3</sup> e Emerson Fachin Martins<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Estudante de Mestrado (PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde), Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

<sup>2</sup> Doutora em Ciências (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP), Professora Adjunta, Curso de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

<sup>3</sup> Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP), Professora Adjunta, Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

<sup>4</sup> Doutor em Psicologia (Neurociências e Comportamento), Professor Adjunto, Curso de Graduação em Fisioterapia, PPG em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB).

Estudo realizado no Campus de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Estudo documental que não necessita de parecer com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Emerson Fachin Martins

Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia - Campus de Ceilândia

QNN 14, Área Especial, Ceilândia Sul CEP 72220-140, Brasília, DF

[efmartins@unb.br](mailto:efmartins@unb.br) | (61) 3376-6042

## RESUMO

Os conflitos, atualmente apresentados na área da saúde, fizeram surgir à necessidade de novas discussões sobre ética e bioética também na Terapia Ocupacional, uma vez que o código de ética destes profissionais mostrou não ser suficiente para as questões atuais, o que levou à criação do novo código de ética. Este estudo realizou uma análise bioética do novo código de ética e deontologia da Terapia Ocupacional em comparação ao antigo código por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin, categorizando as unidades textuais no princípalismo bioético (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) além das categorias técnica e virtude. A análise revelou que os enfoques bioéticos, atualmente, são maioria no novo código (53,6%) devido o aumento da categoria justiça (encontrada em 22,6% do total de unidades). Apesar de ainda ser superior a proporção da categoria autonomia profissional sobre a autonomia do cliente, houve redução significativa ( $p < 0,05$ ) no novo código desta categoria. Essas alterações mostraram que houve aproximação do novo código aos conteúdos do princípalismo bioético, principalmente sobre as questões centradas na autonomia do cliente que é foco da prática em Terapia Ocupacional desde seu surgimento. Os autores sugerem a necessidade de maiores discussões sobre esse assunto.

**Descritores:** terapia ocupacional; deontologia; bioética; aspectos técnicos; ética.

## ABSTRACT

The new conflicts, currently presented in health, have raised the need for further discussion on ethics and bioethics also in Occupational Therapy, since the code of ethics of these professionals were shown not to be sufficient for the current issues. This study conducted a bioethical analysis of the new Brazilian code of ethics and deontology of Occupational Therapy in comparison to the old code through content analysis proposed by Bardin, categorizing textual units in principlism bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) or technical and virtue categories. The analysis revealed that the approaches bioethicists are now majority in the new code (53.6%) due to the increased volume of justice (found in 22.6% of total units). Although still higher, was a significant reduction ( $p < 0.05$ ) the proportion of professional autonomy category over the client autonomy. These alterations showed that there was approximation of principlism bioethical contents on new code, mainly about the issues centered in the client autonomy who is practice focus in Occupational Therapy since its emergence. Nevertheless, it has proved necessary not only further discussions on this matter with graduate students, but also better training of professionals capable of producing knowledge about these issues. The authors suggest the need for further discussions on this subject.

**Key-words:** occupational therapy; deontology; bioethics; technical aspects; ethics

## INTRODUÇÃO

Apesar de existir desde a década de 1920, os conceitos de Bioética ganharam impulso a partir do momento em que novos conflitos, tais como os avanços tecnológicos, principalmente nas áreas da Biologia e da Genética, entre outros, fizeram os profissionais da saúde, em especial os médicos se depararem com novas situações de conflitos da profissão (GOMES et al., 2006; KOERICH et al., 2005; UDELSMANN, 2006).

Seu marco de expansão é datado de 1971 pelo Dr. Van Raessenlaer Potter com a obra “Bioética: Ponte para o Futuro”, na qual expressa profunda preocupação com a interação das questões ambientais e de saúde (POTTER, 1971).

Atualmente, a Bioética pode ser definida como “Estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar” (POST, 2004).

Anteriormente aos novos conflitos, assim como em outras profissões na área da saúde, a conduta do profissional da Terapia Ocupacional era definida pelo Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional deixando as discussões bioéticas ligadas em um primeiro momento, apenas à pesquisa e ciência em saúde. Este Código de Ética surgiu em 1978, anos após a regulamentação destas profissões e durante 35 anos direcionou a conduta dos profissionais de ambas as profissões Fisioterapia e Terapia Ocupacional (ANTONIO; FONTES, 2011; COFFITO, 1978).

Embora tenham surgido em época próxima, assim como em outras profissões, na Terapia Ocupacional notou-se a necessidade de novas discussões sobre as questões que envolvem o código de ética e as questões bioéticas, uma vez que estes códigos mostraram-se insuficientes para nortear as condutas profissionais (ALVES, et al., 2007; MACHADO et al., 2007; ZOBOLI; SOARES, 2012).

Em estudo anterior, em que foi analisada a visão bioética do antigo Código de Ética Profissional da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, foi observado que este trazia concepções deontológicas corporativistas e legalistas que protegiam mais a autonomia profissional que a do cliente, evidenciando o paternalismo na relação terapeuta-cliente (FIGUEIREDO et al., 2013).

Somado a estes fatores, estão as transformações profissionais e técnico-científicas que a Terapia Ocupacional enfrenta atualmente, uma vez que, as Diretrizes Curriculares Nacionais

dos cursos na área da saúde surgiram somente a partir do ano de 2002(ALMEIDA; TREVISAN, 2011; BARBA et al., 2012; EDUCAÇÃO, 2002).

Atualmente, com a reformulação do Código de Ética Profissional da Terapia Ocupacional, apresentado separadamente do Código Profissional da Fisioterapia, ocorre a possibilidade de aproximação entre as discussões que envolvem Ética e Bioética na prática profissional. Tais discussões, que deveriam acontecer já na graduação, auxiliam os estudantes uma vez que fazem com que estes se organizem e reflitam sobre o seu futuro comportamento profissional(ALMEIDA; CASTIGLIONI, 2005; COFFITO, 2013; MACHADO et al., 2007). Assim, com a publicação do novo Código de Ética Profissional da Terapia Ocupacional e frente à carência de estudos que envolvem a bioética no campo da Terapia Ocupacional, o objetivo deste trabalho foi identificar em quais proporções os conteúdos deontológicos e bioéticos estão presentes neste novo código e compará-los com os conteúdos bioéticos que estavam presentes no antigo código, traçando um perfil epistemológico que poderá subsidiar interpretações da visão de conduta profissional e adequações de forma e linguagem do código.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### *Bases teóricas e procedimentais de análise*

O estudo foi delineado em fonte documental para análise interpretativa conforme metodologia descrita por Pyrrho et al.(PYRRHO et al., 2009) e Figueiredo et al.(FIGUEIREDO et al., 2013). Utiliza comparação do antigo com o novo código de ética.

A análise de conteúdo orientou-se pelo referencial de Bardin(BARDIN, 1977). Em suas concepções de análise sobre conteúdo, ela afirma que ao usar métodos quantitativos como técnica de análise qualitativa a definição de um estudo qualitativo não é contrariada filosófica e estruturalmente.

### *Organização das categorias de unidades textuais e processamento*

Cada documento foi fragmentado em unidades textuais que poderiam corresponder a parágrafos, frases ou palavras que expressam um conteúdo com significado textual.

Conforme previamente publicado(FIGUEIREDO et al., 2013), as unidades textuais poderiam ser classificadas em uma ou mais de uma das seis categorias resultantes dos quatro princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e da inclusão de duas categorias (virtude e técnica) relacionadas a princípios deontológicos. Observou-se, durante o desenvolvimento do trabalho, que apenas as categorias do principialismo bioético não eram

suficientes para categorizar os textos. Para isso foi inserida duas categorias que representam em sua concepção enfoques deontológicos, podendo assim existir as comparações de enfoques são elas: virtude (por ser definida como a categoria que sugere a valorização da honra, prestígio e tradição profissional)(PURTILO, 2000) e técnica (por ser a categoria que expressa conteúdo prescritivo do profissional)(PYRRHO et al., 2009).

Também como em estudo anterior(FIGUEIREDO et al., 2013), a categoria autonomia foi subdividida em outras duas categorias: autonomia profissional e autonomia do cliente, a depender de quem era beneficiário da conduta moral.

Da mesma forma, para cada categoria definida, incluindo a subdivisão da categoria autonomia, foi criada uma coluna organizada de forma matricial em um total de sete colunas na planilha do aplicativo Excel, sendo que cada linha desta matriz indica uma página do documento analisado.

Para se calcular por soma o total de unidades textuais de maneira organizada, após marcação feita no texto impresso, a quantidade de unidades textuais foi inserida na célula de cruzamento correspondente à página (linha) em que foi identificada para a categoria (coluna) em que foi classificada.

Além da distribuição de frequência das unidades textuais, também foi calculada as proporções observadas no novo código frente às proporções esperadas tendo como base o antigo código de ética. Diferenças entre proporções foram detectadas pelo teste Qui-Quadrado considerando diferenças significativas aquelas em que foi obtido valor de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

O Novo Código de Ética Profissional da Terapia Ocupacional apresentou quase o dobro de unidades textuais quando comparado ao antigo código, sendo observadas agora 239 unidades textuais, ou seja, um aumento de mais 120 unidades textuais identificadas (tabela 1).

No antigo código, as 54 unidades identificadas como pertencentes às categorias do principialismo bioético foram superadas pelas unidades textuais classificadas como pertencentes às categorias deontológicas que somaram 64 unidades textuais (tabela 1).

Já no novo código ocorreu uma inversão, as unidades classificadas como pertencentes às categorias do principialismo bioético (128 unidades) ultrapassaram a soma das unidades identificadas como deontológicas (111 unidades).

Inserir a Tabela 1 aqui

Apesar do predomínio de unidades relacionadas ao princípalismo bioético que superou os conteúdos deontológicos em 3,6% (figura 1), a tabela 1 mostra ainda que a ordem decrescente de quantidade de unidades textuais por categoria no antigo código quase se manteve no novo código, apresentando mudanças apenas nas categorias justiça (agora a segunda mais encontrada com 22,6% do total) e beneficência (deixa de ser a menos encontrada com 6,3% do total de unidades textuais). O predomínio de conteúdos presentes na categoria virtude, relacionadas à deontologia, continuou sendo o mais prevalente, com 67 e 38 unidades no novo e antigo código, respectivamente (tabela 1).

Inserir a Figura 1 aqui

Modificações nesta ordem foram observadas somente com relação à categoria justiça do princípalismo bioético (54 unidades) que superou a categoria deontológica relacionada à técnica (44 unidades); seguida pela categoria beneficência, que era menos prevalente no antigo código e passou a superar a categoria autonomia do cliente no novo código. Verificou-se que a categoria autonomia do cliente que estava em penúltimo lugar no código antigo, passou a última no código novo.

A figura 1 aponta, ainda, que os enfoques deontológicos no novo código representaram 46,4% do total de unidades textuais e uma proporção de 2 unidades textuais com conteúdo categorizado como autonomia profissional para cada unidade textual categorizada como autonomia do cliente (2:1).

Do total de unidades textuais categorizadas nos dois códigos, 67% foram identificadas no novo código. O código antigo era organizado em 6 capítulos, o novo código passou ser organizado em 11 capítulos dos quais 5 são capítulos abordando novos temas.

Inserir a Figura 2 aqui

Ao compararmos as porcentagens de unidades textuais entre os códigos (figura 3), observa-se aumento relativo nas categorias autonomia, tanto profissional quanto do cliente, beneficência e justiça; sendo observada redução relativa nas demais.

Apesar dos aumentos e reduções relativas observadas na figura 3, a proporção esperada com base no antigo código não se modificou significativamente da proporção observada no novo código pela análise do teste Qui-Quadrado ( $p > 0,05$ ).

Inserir a Figura 3 aqui

Ao analisar separadamente somente a proporção de unidades textuais informando autonomia profissional e do cliente (figura 4), foi possível identificar uma redução significativa ( $p < 0,05$ ) no novo código de 1,7% para as unidades textuais relacionadas à autonomia profissional e aumento também significativo de 1,7% para unidades textuais relacionadas à autonomia do cliente. Entretanto, essas diferenças não impediram que a categoria autonomia do cliente fosse a menos predominante em conteúdos no novo código de ética.

Inserir a Figura 4 aqui

## DISCUSSÃO

Apesar de não ter apresentado grandes modificações em seu novo conteúdo, o novo Código de Ética da Terapia Ocupacional aponta alguns avanços nas questões bioéticas, observado, principalmente, pela maior presença de categorias relacionadas ao princípalismo bioético, sendo possível, neste novo código observar todas as unidades textuais (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia) distribuídas de forma clara no texto, enquanto no antigo código apenas a categoria autonomia era citada de forma clara e seguida do predomínio da palavra profissional(COFFITO, 1978; COFFITO, 2013).

Diferente do antigo código, no qual virtude e técnica, que possuem referencial deontológicos, eram os mais citados, no novo código o item justiça aparece logo atrás do item virtude. A justiça representa a distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais, item em destaque nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Terapia Ocupacional(BISPO JÚNIOR, 2010; EDUCAÇÃO, 2002).

Além disso, a justiça é o princípio formal da equidade, um dos princípios doutrinários estabelecidos no Sistema Único de Saúde – SUS(KOERICH et al., 2005; MUÑOZ, 2004).

Com isso, e por se tratar de uma profissão que prioriza a atividade do indivíduo, como uma oportunidade para promoção e participação social, a educação realizada a partir deste novo código pode aproximar as questões bioéticas da prática profissional(ALMEIDA; TREVISAN, 2011), já que atualmente pesquisas apontam para uma educação ainda pautada na arrogância pessoal e necessidade do poder, que expõem dificuldades para encontrar soluções frente aos conflitos (SANTANA et al., 2009).

No item autonomia, ainda que tenha reduzido a proporção, prevaleceu a autonomia profissional sobre a autonomia do cliente. Tal fato mostra a dimensão autoritária muitas vezes chamada de paternalismo que caracteriza o terapeuta como o lado mais forte da relação(SILVA, 2010).

Esta não é uma particularidade da Terapia Ocupacional, já que Koerich (2011)(KOERICH; ERDMANN, 2011), em pesquisa em banco de teses, observou que os temas que envolvem educação em saúde, quando aplicado na resolução de problemas cotidianos junto a usuários de saúde, revelaram condutas profissionais autoritárias e paternalistas(KOERICH; ERDMANN, 2011).

Esse autoritarismo vai à contramão das propostas de Almeida e Trevisan (2011) que definem o papel do Terapeuta Ocupacional como facilitador da ação, com o foco voltado para o cliente respeitando suas necessidades individuais(ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Essa visão da Terapia Ocupacional com foco voltado para o cliente é reforçada pelos autores que definem a prática do Terapeuta Ocupacional como possuidor de tecnologias e conhecimento para emancipação e autonomia do cliente(BARROS et al. 2002; CARVALHO, 2012).

Cohen (2008) e Barba et al. (2012) propõem que devam existir mudanças na formação na área da Saúde e em Terapia Ocupacional, aproximando estes profissionais das situações de conflito por meio de simulados e afastando-se da educação tradicional que expõem dificuldades na formação destes profissionais frente às relações terapeuta/paciente. Entretanto, a maior dificuldade ainda é encontrada na baixa oferta de profissionais e disciplinas que promovem a discussão entre conceitos deontológicos e bioéticos, assim como nas discussões filosóficas que envolvem o assunto(ALVES, et al., 2008; BARBA et al., 2012; COHEN, 2008; FIGUEIREDO, 2011; POULIS, 2007).

A nova organização do código profissional possui um dos 11 capítulos voltado para as discussões de relacionamento entre terapeuta/cliente, apesar de também contemplar novos conteúdos deontológicos como a exemplo do capítulo: “Da Divulgação Profissional”.

A partir do conceito de formação contínua em bioética, que considera o pluralismo moral dos usuários de saúde e trabalhadores, descrito por Zaboli, (2012)(ZOBOLI; SOARES, 2012), acredita-se que a aproximação destes conteúdos bioéticos no novo Código de Ética, mesmo que de forma discreta, podem auxiliar e representar avanço na resolução de conflitos entre terapeuta/paciente(ZOBOLI; SOARES, 2012).

Os resultados apontaram também que a beneficência deixa de ser a unidade textual menos citada, permanecendo com poucas citações, apesar de ser o princípio que melhor representa o papel do profissional e das instituições diante do cliente (PYRRHO et al., 2009; SOUZA et al., 2013). A partir da mudança na educação frente aos conflitos discutidos anteriormente, propõe-se que a partir deste novo código, agora pouco mais próximo das questões bioéticas, a beneficência deixe de ser discutida como caráter ético de dever que sobrepõe a autonomia do

cliente e passe a respeitá-lo como detentor do direito de escolha junto ao profissional, devendo haver consenso entre as partes (SILVA, 2010).

Já o princípio da não maleficência, reconhecido como o dever do profissional em não causar dano ou diminuir os riscos ao cliente, continua sendo pouco citado, ainda sustentado pela idéia de que não se espera conduta contrária a essa do profissional de saúde (KOERICH et al., 2005; SOUZA et al., 2013).

Depois de finalizada as análises sobre os conteúdos deontológicos e àquelas referentes aos conceitos bioéticos, outra observação importante foi feita no novo código, a visão de atuação do profissional também voltada para o sistema público de saúde, concretizando a interdisciplinaridade e humanização proposta no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, observa-se que os desafios não estão apenas na inserção do profissional pelo SUS, mas também na capacitação desse profissional para o trabalho no SUS. Por isso, espera-se que a partir do momento que o novo código traz estas questões para serem debatidas, ocorrerá melhora gradual sobre este assunto na educação destes profissionais.

Concluí-se que apesar de leves, houveram mudanças no novo código que o aproxima das questões bioéticas, principalmente àquelas voltadas para a justiça e autonomia do profissional. Essas questões devem ser debatidas de forma mais profunda pelos estudiosos da área e difundidas aos estudantes de graduação em Terapia Ocupacional por meio teórico e prático, a fim de aproximá-los dos conflitos éticos presentes na prática profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. T. D.; TREVISAN, É. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 299-308, 2011.

ALMEIDA, M. H. M. D.; CASTIGLIONI, M. D. C. **O ensino da ética ao profissional de saúde na USP: a formação ética do terapeuta ocupacional**. 2005. ISBN 2238-6149|escape}.

ALVES, F. D. et al. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, p. 149-156, 2008.

ALVES, F. J. D. S. et al. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 18, p. 58-68, 2007.

ANTONIO, E. M. R.; FONTES, T. M. P. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, p. 355-360, 2011.

- BARBA, P. C. D. S. D. et al. Formação inovadora em Terapia Ocupacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 829-842, 2012.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa: Edições 70**, 1977.
- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Projeto Metuia-Terapia Ocupacional no Campo Social; The Metuia Project-Occupation Therapy in the Social Sphere. **Mundo saúde (Impr.)(1995)**, v. 26, n. 3, p. 365-369, 2002.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1627-1636, 2010.
- CARVALHO, C. R. A. D. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 364-371, 2012.
- COFFITO. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Brasília - DF**, 1978 RESOLUÇÃO COFFITO-10 de 3 de Julho de 1978.
- COFFITO. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. **Brasília - DF**, RESOLUÇÃO No. 425, DE 3 DE MAIO DE 2013.
- COHEN, C. Por que pensar a bioética? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 473-474, 2008.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 06 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União. 04 mar 2002**, 2002.
- FIGUEIREDO, A. M. D. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 163-170, 2011.
- FIGUEIREDO LC, GRATAO. ACM, MARTINS EF. Antigo código de ética para Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais revela conteúdos que mais protegiam a autonomia do profissional do que a do cliente. **Brasília [Dissertação] 2013**, p. 19, 2013.
- GOMES, A. M. D. A.; MOURA, E. R. F.; AMORIM, R. F. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica; The place of ethics and bioethics in medical education. **Rev. bras. educ. méd**, v. 30, n. 2, p. 56-65, 2006.
- KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. O Estado da Arte sobre ética em saúde no Brasil: pesquisa em banco de teses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, p. 576-584, 2011.
- KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, p. 106-110, 2005.

- MACHADO, D. et al. A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 3, p. 101-105, 2007.
- MUÑOZ, D. R. Bioética: a mudança da postura ética. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, p. 578-579, 2004.
- POST, S. G. Encyclopedia of Bioethics: IM. **MacMillan Reference Library**, 2004. ISBN 0028657772.
- POTTER, V. R. Bioethics : bridge to the future. **Englewood Cliffs**: [s.n.], 1971.
- POULIS, I. Bioethics and physiotherapy. **J Med Ethics**, v. 33, n. 8, p. 435-436, 2007 August.
- PURTILO, R. B. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. **Physical Therapy**, v. 80, n. 11, p. 1112-1119, 2000.
- PYRRHO, M. et al. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1911-1918, 2009.
- SANTANA, C. D. S. et al. Reflexões sobre a prática de tutoria com estudantes de terapia ocupacional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, p. 167-182, 2009.
- SILVA, H. B. E. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s419-s425, 2010.
- SOUZA, L. A. F. et al. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 187-195, 2013.
- UDELSMANN, A. Bioética: aspectos de interesse do anesthesiologista. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, p. 325-333, 2006.
- ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1248-1253, 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Prof. Dr. Volnei Garrafa (Cátedra da UNESCO de Bioética), Professor Titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo exemplo, motivação e inspiração para o desenvolvimento deste trabalho.

## LEGENDA DAS FIGURAS

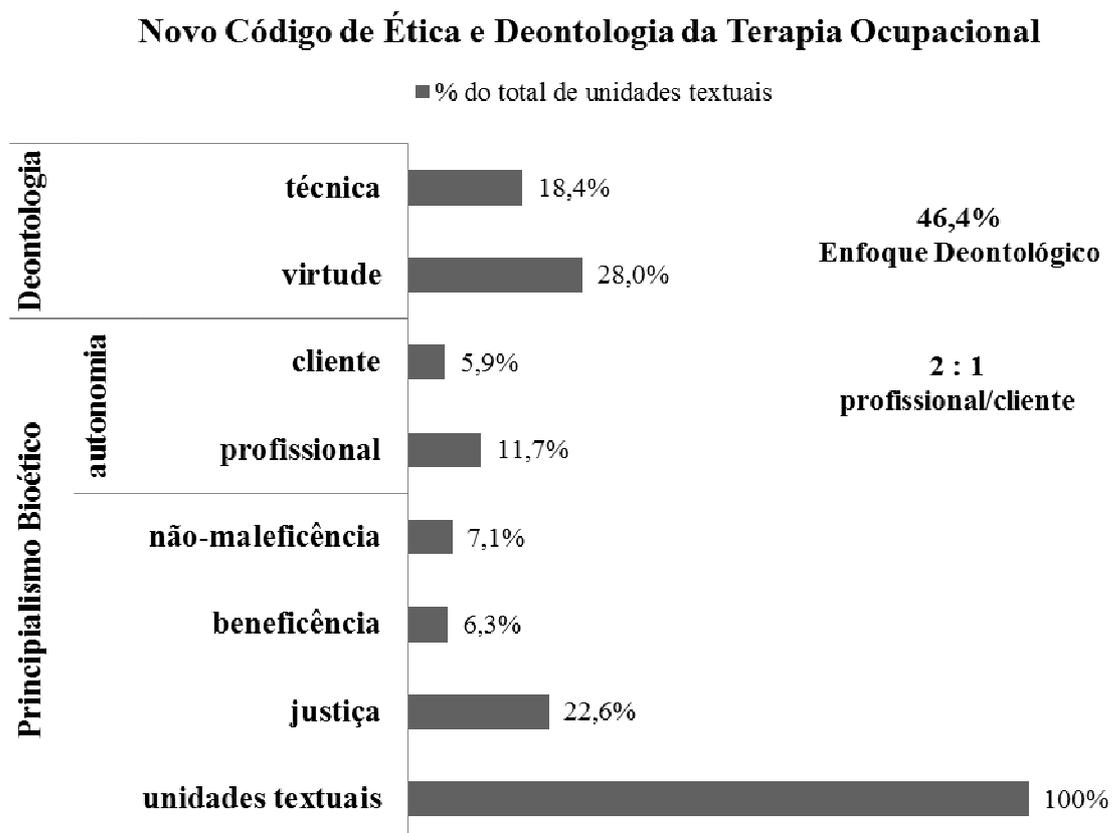
Figura 1. Distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) no Novo Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. À direita do histograma encontra-se o total em porcentagem de unidades textuais classificadas como de conteúdo deontológico, bem como a razão de proporcionalidade entre as unidades textuais subdivididas entre autonomia profissional ou do cliente.

Figura 2. Gráfico de barras indicando a porcentagem de unidades textuais identificadas em cada código: antigo (cinza) e novo (branca) com base no total de unidades textuais identificadas nos dois códigos.

Figura 3. Comparações das proporções da distribuição de frequência das unidades textuais totais por categoria e conteúdos deontológicos (técnica e virtude) ou bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) nos textos bioéticos. A barra cinza indica as porcentagens obtidas no código de ética antigo e as barras brancas indicam as proporções para as mesmas categorias obtidas no novo código de ética.

Figura 4. Gráfico de barras indicando a comparação das proporções de unidades textuais categorizadas em autonomia do profissional ou cliente para o antigo (cinza) e novo (branca) código de ética. O teste Qui-Quadrado detectou diferenças significativas entre proporções ( $p < 0,05$ ) quando analisadas em separado das demais categorias analisadas. A seta apontando para baixo indica redução no novo código de ética e a seta para cima indica aumento neste mesmo código.

FIGURA 1



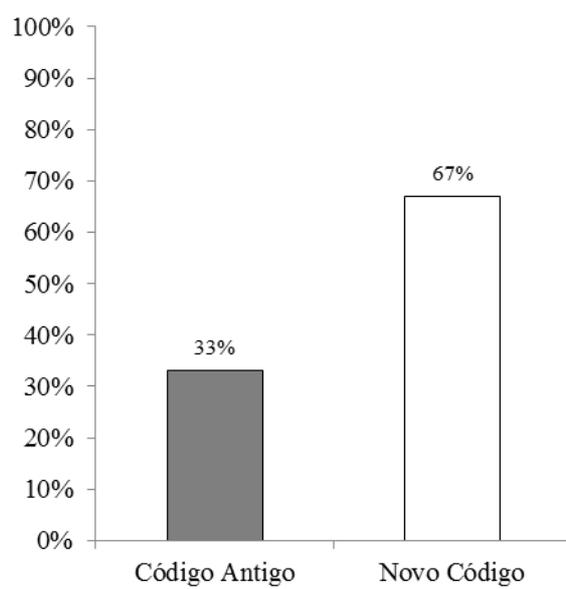
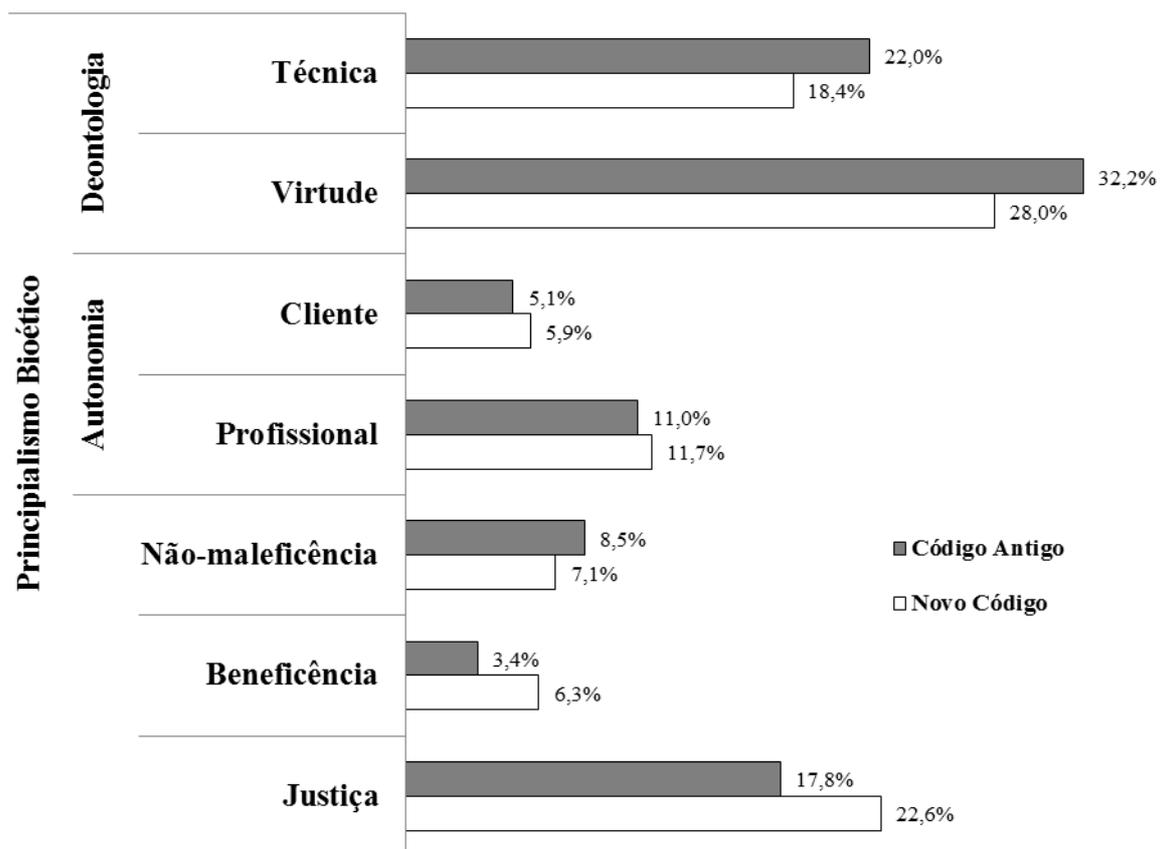
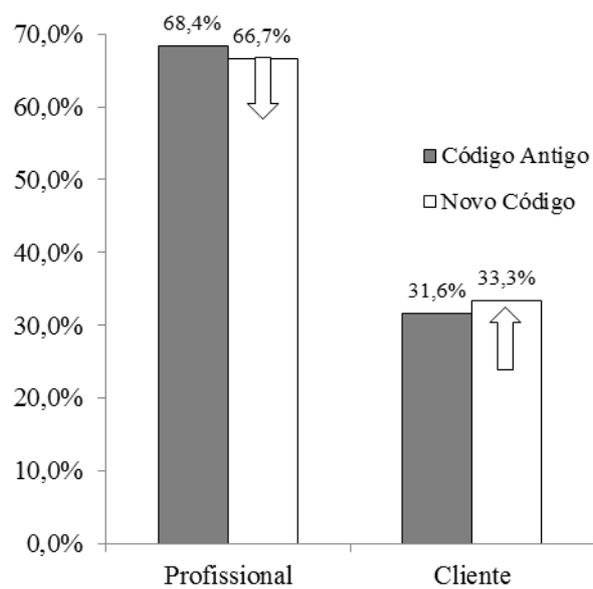
**FIGURA 2**

FIGURA 3



**FIGURA 4**

## TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição de frequência em valores absolutos de unidades textuais localizadas e categorizadas por documento.

		Unidades Textuais	
		Novo	Antigo
Princípio Bioético	Justiça	54	21
	Beneficência	15	04
	Não maleficência	17	10
	Autonomia	28	13
		Profissional	
		Cliente	
Deontologia	Virtude	67	38
	Técnica	44	26
Total		239	118

As categorias com mais e menos unidades textuais foram destacadas na tabela.

## 6. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

As discussões éticas que envolvem as condutas profissionais na área da saúde atualmente mostram a necessidade de conteúdos que não estão contemplados nos códigos de ética profissionais. As modificações da sociedade, as discussões que envolvem o pluralismo moral e a autonomia do cliente fizeram surgir à necessidade de novas discussões denominadas discussões bioéticas<sup>45</sup>.

Entretanto, estas discussões éticas e bioéticas, possuem opiniões divididas na área da saúde, por exemplo, sobre como é vista a autonomia do cliente em casos terminais, e em especial na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional são bastante escassas. Isso pode levar os profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a condutas que não contemplam as questões bioéticas, tais como atitudes de submissão frente ao cliente ou a outro profissional de saúde<sup>39, 46-47</sup>.

Tanto no antigo código, quanto nos novos códigos profissionais para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, a autonomia profissional possui maior proporção em relação a autonomia do cliente, embora essa relação tenha diminuído do antigo para o novo código, o que demonstra que nessa relação houve evolução (ainda que pequena), deixando as discussões mais próximas dos princípios bioéticos. É possível observar que nos novos códigos existem capítulos voltados exclusivamente para a relação terapeuta-cliente e a relação terapeuta-equipe.

A partir do surgimento das questões bioéticas, a autonomia, mesmo que centrada no profissional deixa de ser àquela que lhe oferece direito e poderes e passa a ser discutida como a autonomia de escolha do que é melhor para o cliente-equipe, ciente de que a sociedade irá responsabilizá-los pelos atos e escolhas<sup>35</sup>.

Esse novo “modelo” de autonomia exclui a idéia de que o terapeuta deve agir por seus princípios de querer realizar o bem ao cliente, mesmo relegando o direito que esse tem de escolha. A autonomia direcionada para o bem ao cliente, relegando seu direito de escolha, está intimamente ligada ao princípio bioético da beneficência, no qual muitos profissionais se centram no dever de impor determinada ação, entendendo-a como o melhor para o cliente<sup>34</sup>.

Esse princípio deixou de ser o menos citado nos novos códigos profissionais, apesar de ainda pouco citado tanto no antigo quanto nos novos códigos. A pouca observação desse princípio, que talvez seja aquele que melhor elucide a ação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional pode desencadear o chamado paternalismo, que representa a figura do profissional da saúde como detentor do direito de escolha, exigindo de seus clientes apenas obediência e submissão<sup>26, 40</sup>. Isto ocorre quando a beneficência é imposta sobre a autonomia do cliente, quando este ou seu responsável deixa de ter o direito de escolha<sup>32</sup>.

Em estudo realizado por Alves em 2008<sup>48</sup> com alunos de graduação que tiveram em seu conteúdo curricular as disciplinas de ética ou bioética, foi revelado que metade deles não soube responder se é preciso respeitar a autonomia do cliente revelando e dando a ele o direito de escolha sobre sua conduta, antes de promover o bem. Na Terapia Ocupacional, Almeida e Trevisan 2011<sup>49</sup>, propõe que na relação terapeuta-paciente, o terapeuta deve ter um papel de facilitador ao buscar a beneficência para seu cliente, respeitando as demandas e necessidades de cada indivíduo.

Mesmo que mais citada, acredita-se que a beneficência deveria ser mais apresentada, pois fica atrás, por exemplo, de princípios como o da não-maleficência, que apesar de óbvio por não se esperar conduta diferente dos profissionais da área da saúde, foi mais citado tanto no antigo quanto nos novos códigos<sup>40</sup>.

Ainda que este princípio fosse mais encontrado nos códigos (antigo e novos) que nos textos deontológicos, houve uma redução nas citações do antigo para os novos códigos, tanto no código da Fisioterapia quanto no da Terapia Ocupacional. O princípio da não maleficência destaca-se por requerer que o profissional não cause danos ou evite ao máximo possíveis danos, principalmente nos dias atuais em que há diversos recursos terapêuticos disponíveis<sup>34</sup>.

Outro autor destaca que a maleficência pode iniciar quando o cliente é observado apenas como número pelo terapeuta. Não basta a prática simples e curativa, é preciso ultrapassar as barreiras do conhecimento teórico dos profissionais de saúde e respeitar o outro ser com mais humanidade<sup>50</sup>. A humanização do atendimento também pode ser compreendida como direito do indivíduo, item exposto na categoria justiça.

Em ambos os novos códigos, a categoria justiça foi a que mais cresceu em relação ao antigo código. O aumento de citações que correspondem ao princípio de justiça foi o principal responsável pela inversão da proporção de unidades textuais com princípios bioéticos e deontológicos. Enquanto no antigo código os referenciais teóricos deontológicos eram os mais encontrados, nos novos códigos tanto para Fisioterapia quanto para Terapia Ocupacional os referenciais bioéticos agora são os mais encontrados. Esse crescimento parece ter ocorrido, pois foram encontrados nos novos códigos, referenciais envolvidos com as questões sociais representados pelo princípio da justiça.

A justiça é introduzida nas discussões bioéticas, principalmente nas questões conflituosas da alocação de recursos considerados finitos e escassos e na necessidade de decidir o quê e quem priorizar no acesso a estes recursos, considerando a distribuição equitativa dos riscos e benefícios inerentes a participação<sup>39</sup>.

Esse princípio talvez seja o mais citado por sua complexidade de julgamento quando as questões envolvem quem deve ser priorizado, pois o fato de uma parte ser legítima de direito não implica que a outra também não seja<sup>39</sup>.

A equidade, presente como um dos princípios do Sistema Único de Saúde esta longe de ser alcançada. Destaca-se que os principais responsáveis por essa distância podem ser a baixa capacitação profissional para definição das prioridades, a troca de gestores e os conflitos entre esferas governamentais<sup>51</sup>.

Em seu novo código, a Terapia Ocupacional, apesar de não significativa, apresentou mais unidades textuais da categoria justiça em relação ao novo código da Fisioterapia. Os conceitos de participação integral das pessoas, de dimensão social, de qualidade de vida dos indivíduos desde o surgimento desta profissão até hoje, aparecem como os possíveis responsáveis por essa maior identidade da Terapia Ocupacional com a justiça<sup>52</sup>.

Entretanto, tanto no antigo quanto nos novos códigos, ainda é evidente a grande característica deontológica demonstrada pelas categorias técnica e virtude. Apesar de observar inversão da proporção entre o antigo e os novos códigos (no antigo predomínio de categorias deontológicas e novos códigos com predomínio de categorias bioéticas), ainda é grande a quantidade de citações com referenciais deontológicos.

A ênfase deontológica do antigo código pode ser explicada tanto pelo surgimento do primeiro código de ética, anterior ao conhecimento mais profundo das questões bioéticas, quanto pela preocupação com a desvalorização profissional, mediante condições desfavoráveis à sua prática e desrespeito entre os próprios profissionais, estas últimas ocasionadas pela negligência nas discussões sobre ética e bioética<sup>53-54</sup>.

Anterior às questões bioéticas, os profissionais da área da saúde encontravam nos códigos de ética e deontologia os referenciais para discussão dos conflitos presentes na prática profissional e pesquisa. No entanto, é consenso entre os autores que estes códigos não contemplam questões atuais de conflito, mostrando-se insuficientes para guiar as condutas profissionais<sup>14, 45, 55</sup>.

Acredita-se que somente pela educação, em âmbito teórico, nas discussões sobre o assunto e na prática mesmo que em simulados, ocorra a conscientização e melhor capacitação de profissionais que discutam as questões bioéticas frente aos conflitos profissionais<sup>35, 45, 56</sup>. Para isso, é necessária ainda a capacitação de profissionais em nível de pós-graduação, que permitirão a transmissão destes conceitos aos profissionais em formação inicial, já que o número de docentes que tratam das questões bioéticas ainda é baixo<sup>57</sup>.

Assim os autores concluem que após análise bioética do antigo e dos novos códigos de ética e deontologia profissionais para a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional e de textos com referências bioéticas e deontológicas, que no antigo código de ética e deontologia destas profissões prevaleceu concepções corporativistas e legalistas que privilegiava a autonomia profissional em relação a autonomia do cliente. No entanto, houve evolução de conteúdo que envolve as questões bioéticas nos novos códigos, tornando-os mais próximos dos referenciais das questões bioéticas, principalmente na redução da proporção da autonomia profissional sobre a autonomia do cliente e no aumento de conteúdos com enfoque bioéticos nos novos códigos.

Entretanto, ainda há lacuna de conhecimento sobre as questões bioéticas e é evidente nos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que somente por meio da educação será possível trazer os conteúdos bioéticos à realidade da prática desses profissionais.

## 7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

1. Boto C. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. *Educação & Sociedade*. 2001;22:121-46.
2. Cortes BA. Ética é limite. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2005;3:31-49.
3. Campos M, Greik M, Do Vale T. História da ética. *CienteFico*, II (I). 2002.
4. Chaui M. *Convite à filosofia: Ática*; 1995.
5. Foucault M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. FOUCAULT, Michel *Ética, política, sexualidade* Rio de Janeiro: Forense Universitária,(Ditos e escritos V). 2004.
6. de La Taille Y, de Souza LS, Vizioli L. Ética e educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003. *Educação e Pesquisa*. 2004;30(1):91-108.
7. Spitz B. *La morale à zéro*. Paris Seuil. 1995:149.
8. Emmanuel K. *Critique de la raison pratique*. Gallimard, Coll. Folio Essais; 1985.
9. Comte-Sponville A, Ferry L. *La sagesse des modernes: dix questions pour notre temps: essai*: Robert Laffont; 1998.
10. Colbari A. Familismo e Ética do Trabalho: O Legado dos Imigrantes Italianos para a Cultura Brasileira. *Revista Brasileira de História*. 1997;17:53-74.
11. Kochanowski ATM. Ética profissional e arquivologia na complexidade dos arquivos médicos. 2009.
12. Trindade A, Porto MSG. Controlando a atividade policial: uma análise comparada dos códigos de conduta no Brasil e Canadá. *Sociologias*. 2011;13:342-81.
13. Ferreira MF. A ética da investigação em ciências sociais. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2013:169-91.
14. Schneider DG, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:744-52.
15. Mello MPd, Barroso MRC. Profissão e corporação: limites éticos da atuação do advogado. *Sociologias*. 2011;13:346-69.
16. Alves FJdS, Lisboa NP, Weffort EFJ, Antunes MTP. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. *Revista Contabilidade & Finanças*. 2007;18:58-68.
17. BRASIL CFdF. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. 1969;14:3658.

18. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2009;16:655-68.
19. COFFITO. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília - DF. RESOLUÇÃO COFFITO-10 de 3 de Julho de 1978 1978.
20. FISIOTERAPIA NY. Acadêmicos de enfermagem, nutrição e fisioterapia: a escolha profissional. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(3).
21. Ribeiro MBS, de Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: apia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(17):425-31.
22. Udelsmann A. Bioética: aspectos de interesse do anestesiológista. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2006;56:325-33.
23. Gomes AMdA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica; The place of ethics and bioethics in medical education. *Rev bras educ méd*. 2006;30(2):56-65.
24. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2005;14:106-10.
25. Jahr F. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. *Kosmos Handweiser für Naturfreunde*. 1927;24(1):2-4.
26. Antonio EMR, Fontes TMP. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2011;38:355-60.
27. Potter VR. *Bioethics : bridge to the future*. Englewood Cliffs: [s.n.]; 1971.
28. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. *Brazilian Oral Research*. 2006;20:285-9.
29. Reich W.T. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press-Macmillan, 1978:116.
30. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. New York; MacMillan, 1995:XXI.
31. Post SG. *Encyclopedia of Bioethics: IM: MacMillan Reference Library*; 2004.
32. Souza LAF, Pessoa APdC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013;34:187-95.
33. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics: Oxford university press*; 2001.
34. Silva HBe. Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10:s419-s25.

35. Cohen C. Por que pensar a bioética? Revista da Associação Médica Brasileira. 2008;54:473-4.
36. Muñoz DR. Bioética: a mudança da postura ética. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2004;70(5):578-9.
37. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. Journal of Medicine and Philosophy. 1990;15(2):219-36.
38. Kottow M. Bioética en salud pública: Editorial Puerto de Palos; 2005.
39. Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13:361-70.
40. Pyrrho M, Prado MMd, Córdón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14:1911-8.
41. CFP. Resolução CFP No. 010/2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. 2005.
42. COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Revoga a Resolução. 2007;(249).
43. Conselho Federal de Farmácia. Resolução no. 417 de 29 de setembro de 2004. CÓDIGO DE ÉTICA DO FARMACÊUTICO. 2004.
44. Dias HZJ, Gauer GJC, Rubin R, Dias AV. Psicologia e bioética: diálogos. Psicologia Clínica. 2007;19:125-35.
45. Zoboli ELCP, Soares FAC. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46:1248-53.
46. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida Md. Bioethical education in physical therapy undergraduate course. Fisioterapia e Pesquisa. 2008;15(2):149-56.
47. Badaró AFV, Guilhem D. Bioethics and research in physical therapy: approximation and bonds. Fisioterapia e Pesquisa. 2008;15(4):402-7.
48. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida Md. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. Fisioterapia e Pesquisa. 2008;15:149-56.
49. Almeida DTd, Trevisan ÉR. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2011;15:299-308.
50. Austin W. Engagement in contemporary practice: a relational ethics perspective. Texto & Contexto - Enfermagem. 2006;15:135-41.

51. Albuquerque MdSVd, Costa AM, Lima LP, Melo Filho DAd. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011;11:73-82.
52. Carvalho CRAd. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saúde e Sociedade*. 2012;21:364-71.
53. Rodrigues, Neidson. "Educação: da formação humana à construção do sujeito ético." *Educação e Sociedade* 76 (2001): 232-257.
54. Hermann N. *Ética: a aprendizagem da arte de viver*. Educ Soc, Campinas. 2008;29(102):15-32.
55. Amorim KPC, Araújo EMd. Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013;37:138-48.
56. Caregnato RCA, Martini RMF, Mutti RMV. Questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos docentes. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2009;18:713-21.
57. Figueiredo AMd. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35:163-70.

## **ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO À REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA**

### **Escopo e política**

Todo manuscrito enviado para *FISIOTERAPIA E PESQUISA* é examinado pelo Editores Especialistas, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da Revista. Os manuscritos que não estiverem de acordo com estas normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois ou três pareceristas de reconhecida competência na temática abordada, garantindo-se o anonimato. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazer ajustes que serão examinados para aceitação. Uma vez aceito, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da Revista. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

### **Responsabilidade e ética**

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade dos autores. Artigos de pesquisa envolvendo sujeitos humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos). As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação pela respectiva Comissão de Ética em Pesquisa, que deve estar registrada no Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais. A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito. A revista Fisioterapia e Pesquisa, preferencialmente publica Artigos Originais, Artigos de Revisão, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises, Artigos Metodológicos e Estudos de Caso. Além disso, pode publicar Editoriais, Cartas ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

### **Forma e preparação de manuscritos**

#### **Preparação dos manuscritos**

1 Apresentação– O texto deve ser digitado em processador de

texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, *incluindo* páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter *no máximo 25 mil* caracteres com espaços.

2 A página de rostodeve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres)
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo;
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo, (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica etc.), faculdade, universidade, cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d)”;
- f) no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título (a Revista *não* indica em quê nem em qual instituição o título foi obtido);
- d) endereços postal e eletrônico do autor principal;
- e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo, se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- g) no caso de estudos com seres humanos, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro internacional.

3 Resumo, *abstract*, descritores e *key words*

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O Resumo e *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *key words* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline ([www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html))).

4 Estrutura do texto– Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal: a) Introdução, estabelecendo o objetivo do artigo, justificando sua relevância frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado; b) em Metodologia, descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística – lembrando que apoiar-se unicamente nos testes estatísticos (como no valor de *p*) pode levar a negligenciar importantes informações quantitativas; c) os Resultados são a sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica,

em geral com apoio em tabelas e gráficos –cuidando tanto para não remeter o leitor unicamente a estes quanto para não repetir no texto todos os dados dos elementos gráficos; d) na Discussão, comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores; e) a Conclusão sumariza as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados e Discussão.

5 Tabelas, gráficos, quadros, figuras, diagramas – são considerados *elementos gráficos*. Só serão apreciados manuscritos contendo *no máximo cinco* desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida apreensão do comportamento de variáveis complexas, e *não* para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso, em legenda.

Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações vêm em legenda, a seguir ao título.

6 Referências bibliográficas–As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - ICMJE <http://www.icmje.org/index.html>.

7 Agradecimentos – Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

## Envio de manuscritos

### Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos por via eletrônica pelo *site* <http://submission.scielo.br/index.php/fp/user/register> Ao submeter um manuscrito para publicação os autores devem anexar:

- Declaração de responsabilidade, de conflitos de interesse e de autoria do conteúdo do artigo. Os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa e a responsabilidade do(s) autor(es) pelo conteúdo do manuscrito.

- Declaração de transferência de direitos autorais (*copyright*) para *Fisioterapia e Pesquisa*, assinada por todos os autores, com os respectivos números de CPF, caso o artigo venha a ser aceito para publicação
- Quando for ensaio clínico, informar o número de registro validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE: [www.icmje.org/faq.html](http://www.icmje.org/faq.html)

## **ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO À REVISTA CADERNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

### **Diretrizes para Autores**

#### **APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS**

Os originais devem ser encaminhados aos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar por meio eletrônico, no seguinte endereço: [cadto@ufscar.br](mailto:cadto@ufscar.br) ou pelo sítio eletrônico: [www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br](http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br).

#### **FORMATO**

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em programa Word for Windows (versão 2003-2007), papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

#### **ESTRUTURA**

**Título:** Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nas três línguas (espanhol, português e inglês).

Informar, em nota de rodapé, se o material é parte de pesquisa e/ou intervenção. No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos. No caso de análise de intervenções, indicar se todos os procedimentos éticos necessários foram realizados. Informar, ainda, se o texto já foi apresentado em congressos, seminários, simpósios ou similares.

**Autores:** Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (Instituição, Cidade, UF, País). Indicar qual a colaboração de cada autor com' relação ao material enviado (i.e.: concepção do texto manuscrito, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão, etc.).

**Contato:** Indicar autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço (Instituição, Rua, CEP, Cidade, UF, País), endereço eletrônico e telefone para contato.

**Resumos:** Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos, resultados e conclusões. Devem preceder o texto e estar em português e em inglês (abstract).

**Palavras-chave:** De 3 a 6, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br>) e/ ou o Sociological Abstracts.

**Tabelas e quadros:** Devem ser apresentados em formato editável (indica-se excel: arquivo. xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

**Imagens:** As imagens (figuras, gráficos e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, em preto e branco. Devem estar em arquivo separado e nomeado.

**Citações no texto:** Devem ser feitas pelo sobrenome do autor, ano de publicação e número de página, quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”.

**Referências:** Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023/2002 (Quando houver mais de três autores, apresentar o primeiro nome, seguido de “et al.”). Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome de todos autores. Conforme exemplos:

#### **Livro:**

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

#### **Capítulo de Livro:**

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

#### **Artigo de Periódico:**

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo: um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004.

#### **Tese:**

MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

#### **Documentos Eletrônicos:**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades@: São Carlos. Disponível em: . Acesso em: 21 jun. 2008.

#### **Registro de ensaios clínicos**

O periódico “Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar” apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos,

validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([http://www.icmje.org/faq\\_clinical.html](http://www.icmje.org/faq_clinical.html)). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados de (1) Declaração de Responsabilidade e Conflito de Interesse e (2) Transferência de Direitos Autorais, assinados por cada autor, conforme o modelo disponibilizado.