



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

LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO

A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Bioética.

Área de Concentração: Fundamentos da Bioética

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Brasília – DF

2019

Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão

A Bioética na Formação do Terapeuta Ocupacional no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Bioética.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Miguel Ângelo Montagner (Universidade de Brasília-Orientador)

Prof.Dr.Pedro Sadi Monteiro (Universidade de Brasília)

Profª.Drª.Maria Inez Montagner (Universidade de Brasília)

Prof.Dr. Marcelo Moreira Corgozinho (Universidade Católica de Brasília)

SUPLENTE:

Profª.Drª.Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira (Universidade de Brasília)

Dedico este trabalho aos meus amados filhos, razão maior da minha existência, MARINA MARANHÃO SILVA e JOSÉ GERALDO MARANHÃO SILVA, que conviveram nesses anos com a difícil ausência da mãe, mas minimizada pelos contatos frequentes, buscando informações sobre seus cotidianos, alegrias e problemas, para poder compartilhar com uma palavra de apoio ou de orientação.

Ao meu querido esposo, JOSÉ GERALDO DA SILVA, pelo companheirismo e compreensão ao longo desses anos de estudo, em que a ausência foi vivida de forma muito intensa, pela distância geográfica que nos separava, mas compensada pela força e estímulo que recebia nos finais de semana e que me fortaleciam a cada momento de afastamento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda força emanada de uma consistente e incondicional fé em Deus que me fez seguir diante de momentos difíceis dessa caminhada, das angústias e sofrimentos por adoecimentos graves de entes queridos, que diante das minhas fraquezas, não me deixou cair, que me iluminou para produzir este estudo, com inspiração, mesmo diante de inesperadas adversidades. A minha fé que me proporcionou a felicidade de compartilhar a recuperação e à vida daqueles que amo e que me impulsionam para a concretização de um projeto de vida profissional;

Agradeço *in memoriam* à Maria Clara Albuquerque, referência da Bioética na Universidade Federal de Pernambuco com quem compartilhei momentos de grande incentivo para minha qualificação nessa área e de muita ternura, poucos meses antes de seu falecimento num encontro numa viagem aérea, que me emociona até hoje;

Ao Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro que foi o primeiro presidente do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFPE), que soube encaminhar com sabedoria e serenidade os primeiros trabalhos do Comitê, quando estávamos iniciando esse aprendizado diante de uma legislação nova que alterava o paradigma da pesquisa com seres humanos levando a estudos da Bioética e tendo o prazer de conviver, novamente, com ele, no colegiado da Sociedade Brasileira de Bioética - Seção Pernambuco;

Ao Prof. Dr. Léo Pessini, por ter me apresentado à Bioética, em 1988, quando ingressei como docente na Universidade Federal de Pernambuco, em uma palestra sobre essa temática, tendo a honra de ter representado o Curso de Terapia Ocupacional;

Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa, que tive a honra de conhecer num Congresso Brasileiro de Bioética, em São Paulo, anteriormente, tendo lido suas publicações, passando a ser uma referência em meus estudos, tendo a oportunidade de compartilhar seus ensinamentos em eventos no CEP/UFPE, compartilhando uma mesa redonda sobre Bioética, num Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional, em Recife e, atualmente, vivenciando seus ensinamentos no Doutorado;

Ao meu orientador Prof. Miguel Ângelo Montagner pelos momentos de orientação e pela compreensão dos momentos em que enfrentei problemas que impediram maiores encontros para orientação;

À Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, pela referência dos estudos de Bioética no Brasil e por ter oferecido aos interessados nesses estudos, como essa autora desta tese de doutorado, essa oportunidade de estudo e qualificação profissional;

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Bioética pelos ensinamentos durante as disciplinas e outras atividades do doutorado, assim como, pela convivência em eventos;

Aos colegas da Pós Graduação em Bioética, do doutorado e do mestrado, com quem compartilhei os ensinamentos das disciplinas, das elaborações dos trabalhos, das angústias e dúvidas, das expectativas, dos eventos de Bioética;

Às minhas queridíssimas colegas e amigas, Ana Mírian e Sandra Jardeny, que me acolheram em suas residências nos dias em que precisei estar em Brasília, em períodos diferentes, com solidariedade e gentileza incomparáveis de ambas, que guardarei para sempre, com um agradecimento extremamente sincero e que serão exemplos de generosidade que carregarei por toda a minha vida;

Ao corpo administrativo da Bioética que sempre prestaram um atendimento qualificado e cooperativo com os alunos da Bioética, me esclarecendo dúvidas e me orientando em todo momento em que busquei apoio;

Aos docentes do Curso de Terapia Ocupacional da UFPE que sempre me estimularam para a busca do doutorado na minha área de interesse e prestaram solidariedade inestimável em todos os momentos nesse percurso, seja em apoio aos meus estudos e elaboração da tese, seja nos momentos de problemas pessoais que enfrentei nesse percurso, e, em especial à Prof. Dr^a. Ilka Falcão, que dispensou momentos de sua vida para me repassar seus conhecimentos e experiências em seu doutorado para os momentos de conclusão deste trabalho;

Aos docentes dos cursos de Terapia Ocupacional do Brasil que responderam os questionários, me proporcionando a possibilidade de elaborar os dados para análise dos resultados dessa pesquisa, em especial, à Prof^a. Dr^a. Stella Maris Nicolau, presidente da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), no período da autorização da coleta de dados;

Aos terapeutas ocupacionais da Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO), às Associações Estaduais de Terapia Ocupacional, à Associação Brasileira de Terapia Ocupacional Hospitalar e de Cuidados Paliativos, aos acadêmicos de Terapia Ocupacional, Executiva Nacional (EXNETO) e Diretórios e Centros Acadêmicos, em especial, aos do Diretório Acadêmico de Terapia Ocupacional da UFPE, que sempre me incentivaram durante o doutorado, que seria, impossível, nominar cada um, mas que saibam que agradeço cada palavra de apoio e solidariedade que recebi nesses anos;

Aos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Sistema COFFITO/CREFITOS), órgão do qual faço parte do colegiado, e aos funcionários do COFFITO, que contribuíram com palavras de apoio. Aos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas dos Conselhos Regionais, pelo apoio, em especial, ao colegiado, assessores e funcionários do CREFITO-1 que sempre tinham palavras de incentivo;

Aos meus familiares, amigos, que sempre torceram pelo meu sucesso nesse estudo e que não me faltaram durante esse percurso, seja com estímulos, seja compreendendo minha ausência nos vários aniversários, encontros e eventos das famílias e dos amigos;

Aos meus pais, Luzinete e Luiz Maranhão, e irmãos, Laísse, Leila e Luiz Maranhão Neto, que sempre foram estímulos ao meu crescimento profissional e fortalezas nos meus momentos difíceis, suprimindo em muitos momentos a minha ausência junto a meus filhos, e, em especial, à minha mãe, que durante os quatro anos desse percurso, esteve por duas vezes, em situações de risco de vida por adoecimento, e, mesmo, nesses momentos, em que sua sobrevivência era prioridade, se preocupava, por me ver impedida, em alguns momentos, de estar estudando e me dedicando a minha tese;

Ao meu marido, Geraldo, companheiro permanente em minhas caminhadas profissionais, que sempre me apoiou e se orgulhou com minhas conquistas que passaram a ser nossas. Agradeço sua força e estímulo, em especial, pelas suas preocupações com meus estudos, em seu momento, de adoecimento, em que me via impedida de me deslocar para Brasília e ter que dispensar muito tempo para acompanhamento em seu tratamento;

Aos maiores tesouros da minha vida, meus filhos muito amados, Marina e Geraldinho, pela compreensão e tolerância com meu afastamento, pois tenho

consciência do quanto foi difícil conviver com uma mãe ausente, fisicamente, durante um período das suas vidas, mesmo já adultos, mas que fazia o máximo, para estar em comunicação permanente com vocês para demonstrar o meu amor incondicional.

*“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire)*

RESUMO

Este estudo identificou e analisou a Bioética na formação do terapeuta ocupacional no Brasil, sua importância no desenvolvimento de competências e habilidades na área da saúde, compreendendo que a Terapia Ocupacional atua também na assistência social, educação, cultura, justiça, enfrentando os dilemas bioéticos que surgem nas relações profissionais. O terapeuta ocupacional intervém junto aos problemas no desempenho ocupacional do cotidiano do indivíduo ou da coletividade buscando a participação social. Para este estudo foram analisados vinte projetos pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional, públicos, para identificar conteúdos de Bioética. Foram aplicados 128 questionários com docentes de Terapia Ocupacional associados da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional, entidade nacional de docentes e pesquisadores, para analisar a compreensão dos docentes sobre a Bioética e o reconhecimento de sua importância nessa formação. Foi utilizada a Bioética de Intervenção, como referencial teórico para essa análise, sendo os princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), conteúdo complementar para o estudo. Os Projetos Pedagógicos (PP) foram agrupados de acordo com a organização em disciplinas ou em outras atividades. As respostas dos questionários foram categorizadas de forma quantitativa e analisadas. Os resultados obtidos demonstraram que a Bioética está presente na maioria dos Cursos de Terapia Ocupacional, demonstrando reconhecimento de sua importância na formação profissional apesar de ter sido identificada a necessidade de incremento nos conteúdos ainda havendo predomínio do principialismo e insuficiente apropriação de conhecimento sobre a Bioética de Intervenção. Essas discussões vêm crescendo na América Latina. O conhecimento sobre a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, também, foi identificado em poucas respostas sendo necessária maior divulgação. Esperamos que este estudo contribua na inclusão ou incremento da Bioética na formação do terapeuta ocupacional, levando a mudanças atitudinais junto à população atendida.

Palavras-Chave: Bioética; Formação Profissional; Terapeuta Ocupacional; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This study identified and analyzed the Bioethics within the professional formation of the occupational therapist in Brazil, its importance in the development of skills and abilities in the area of the health, understanding that the Occupational Therapy also acts in the social assistance, education, culture, justice, facing the bioethical dilemmas that arise in the professional relationships. The occupational therapist intervenes in the problems regarding the occupational performance of the individual's quotidian or the community seeking social participation. For this study, twenty pedagogical projects of the Occupational Therapy public courses were analyzed in order to identify Bioethics contents. A hundred twenty-eight surveys and interviews were applied with some professors associated with the National Network of Teaching and Research in Occupational Therapy, a national entity of professors and researchers, to analyze teachers' understanding of Bioethics and the recognition of its importance in this development. The Intervention Bioethics was used as a theoretical framework for this analysis, being the principles of The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of UNESCO (UDBHR) complementary contents for the study. The Pedagogical Projects (PP) were grouped according to its organization in the disciplines or in other activities. The answers to the surveys were organized in quantitative form and then analyzed. The results obtained showed that the Bioethics is present in the majority of the Occupational Therapy courses, revealing recognition of its importance in the professional formation, even though a need of increases in the contents was also identified, being the principlism predominant and the appropriation of knowledge about the Intervention Bioethics insufficient. These discussions are growing in Latin America. Furthermore, the knowledge about The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights was identified in few answers, being necessary a greater divulgation. It was expected that this study contributes to the inclusion or increase of the Bioethics in the formation of the occupational therapist, leading to the attitudinal changes with the assisted population.

Keywords: Bioethics, Professional Formation, Occupational Therapist, Occupational Therapy.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

ANÁLISE DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS (PP)

Gráfico 1 - Distribuição dos PP por região do país

Gráfico 2 - Ano de publicação dos PP

Gráfico 3 - Carga Horária Total do Curso

Gráfico 4 - Integralidade Curricular

Gráfico 5 - Disciplina com conteúdo de Bioética

Gráfico 6 - Modalidade da disciplina

Gráfico 7 - Período da disciplina

Gráfico 8 - Carga horária da disciplina

Gráfico 9 - Temas das ementas da disciplina

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS

Gráfico 10 - Resposta ao questionário sobre o curso onde é docente.

Gráfico 11 - Resposta sobre o ano do PP

Gráfico 12 - Resposta sobre o Ensino da Bioética

Gráfico 13 - Resposta sobre conteúdos contemplados

Gráfico 14 - Resposta sobre Bioética e Terapia Ocupacional

Gráfico 15 - Resposta sobre Bioética e o CEDTO

Gráfico 16 - Resposta sobre se ministra aula de Bioética

Gráfico 17 - Resposta sobre conteúdos de Bioética

Quadro 1 - Compreensão sobre Bioética

Quadro 2 - Quais os conteúdos da Bioética

Quadro 3 - Dilemas e conflitos da Bioética

Quadro 4 - Bioética e atuação profissional

Quadro 5 - Contribuição na formação

Tabela 6 - Fundamentação dos objetivos

Tabela 7 - Relação dos conteúdos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATO	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
APS	Atenção Primária em Saúde
BI	Bioética de Intervenção
BP	Bioética de Proteção
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde
PCN	Parâmetro Curricular Nacional
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
ONU	Organização das Nações Unidas
OGMs	Organismos Geneticamente Modificados
RENETO	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 REFERENCIALTEÓRICO	21
4.1 A BIOÉTICA, BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DA BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	21
4.2 O ENSINO DA BIOÉTICA	41
4.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE	56
4.4 A TERAPIA OCUPACIONAL	69
4.5 A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	82
4.6 A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL	95
5 METODOLOGIA	102
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	103
5.2 ÁREA DE ESTUDO	107
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	107
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	108
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	110
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	112
6.1 EM RELAÇÃO AOS PROJETOS PEDAGÓGICOS	112
6.2 EM RELAÇÃO AOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS	114
6.3 A ANÁLISE DOS PP POR CATEGORIA TEMÁTICA	114
6.4 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS	130
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	166
REFERÊNCIAS	180
APÊNDICES	187
ANEXOS	193

1 INTRODUÇÃO

O tema “A Bioética na Formação do Terapeuta Ocupacional no Brasil” é objeto de estudo para a elaboração da Tese a ser apresentada e defendida no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília para aquisição do grau de doutoramento.

O estudo pretende identificar e analisar os conteúdos da Bioética na formação do terapeuta ocupacional, seja em disciplina própria inseridos em outras disciplinas ou eixos, e a influência da Bioética na formação do terapeuta ocupacional em relação a mudanças atitudinais no desempenho profissional por ser uma disciplina reflexiva e crítica que deve influenciar todos os demais conteúdos, seja do ciclo básico ou profissionalizante, em relação ao atendimento do ser humano em suas diferentes formas de expressão e relação. Apesar de a Terapia Ocupacional ter seu campo de atuação não apenas na saúde, mas na assistência social, educação, cultura, justiça, esportes, dentre outros, o direcionamento para análise desse estudo será no campo relacional da saúde, por ser, ainda, o maior campo de concentração quantitativo dos terapeutas ocupacionais.

A Bioética tem quase meio século de existência se considerando sua origem na década de 1970, nos Estados Unidos, através de Van Rensselaer Potter que iniciou seus estudos, já produzindo uma obra que se tornou um referencial na Bioética, a Enciclopédia de Bioética, em dois volumes, sob a responsabilidade editorial de Warren Thomas Reich. Essa foi a primeira obra a referenciar apenas o campo da Bioética tornando-se fundamental para professores e alunos não apenas da área da saúde, mas para outros campos de saberes como Filosofia, Direito, Teologia (1).

Potter, que chamou a bioética de “ciência da sobrevivência humana” 1, traçou para ela uma agenda de trabalho que vai desde a intuição da criação do neologismo até a possibilidade de ser encarada como disciplina sistêmica ou profunda, em 1988. Algumas informações mais importantes desse itinerário são interessantes de recordar, iniciando pela pergunta de como surgiu a palavra bioética (2).

A Bioética é um neologismo das palavras gregas bios (vida) e ethike (ética). Pode-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e do

cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar (3).

A Bioética surgiu no contexto anglo-americano, se expandindo e fortalecendo na Europa. Posteriormente, esse campo de saber alarga seus horizontes, se expandindo para outras fronteiras, chegando a outros continentes como a América Latina. Nesse contexto surge a corrente principialista, criada pelos bioeticistas Beauchamp e Childress, em 1979, dominante do continente europeu e nos Estados Unidos, passa a ser referência, também, nos países do eixo sul ao longo da década de 1990. Além da literatura dominante, os profissionais, também, buscam a qualificação na Bioética nos países do contexto anglo-americano, reforçando o modelo principialista. Existe uma dominação do principialismo na América Latina, mas sendo um continente com graves questões sociais que levam a uma acentuada desigualdade social, não cabem na compreensão limitante dos princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça social. Sua origem relacionada com uma questão de ética global, ou seja, com a “preocupação ética da preservação do planeta, a partir da constatação de que algumas novas descobertas e suas aplicações, ao invés de trazerem benefícios para a humanidade futura, causariam transtornos de variada intensidade”, desde preocupações com dilemas éticos até como destruição como no caso da biodiversidade, podendo ocasionar danos irreparáveis ao próprio ecossistema (4).

Segundo Silva (2011), “conceitos culturalmente fortes como justiça, equidade e solidariedade, vão ocupar na Bioética latino-americana um lugar similar ao assumido pelo princípio da autonomia nos Estados Unidos”. Os desafios gerados por questões sociais como fome, pobreza, exclusão social, discriminação, violência, cercam a Bioética de indagações e demandas de respostas e ações imediatas e de reivindicação para mudanças. A reflexão ética obriga-se, então, a partir do nível micro, isto é, a solução de casos clínicos, migrar para uma Bioética pensada no nível macro – a sociedade, como alternativa à tradição anglo-americana (3).

Portanto, considerando a pluralidade da sociedade brasileira, seu estado laico frente às expressões da espiritualidade e religião é necessário entender que para realizar análise das situações, problemas ou questões éticas em que se levam em consideração diferentes moralidades, “a bioética possui ferramentas teóricas e metodológicas adequadas para proporcionar significativos impactos nas discussões”. A Bioética de Intervenção (BI) classifica como, “temas persistentes

(cotidianos, mais antigos – como a exclusão social, a discriminação, a vulnerabilidade, o aborto) ou emergentes (de fronteiras, mais recentes – como a genômica, os transplantes ou as tecnologias reprodutivas), nos campos societários locais, nacionais ou internacionais” (4).

As mudanças tecnológicas com avanços significativos da ciência implicaram diretamente nas ações dos profissionais de saúde que puderam aprofundar conhecimentos, se aparelhar de recursos tecnológicos em suas práticas profissionais, se constituindo em “força transformadora que atua sobre a natureza e, especialmente, sobre a prática cotidiana dos profissionais de saúde, os quais tem sentido de perto as repercussões sobre o pensar e/ou agir” (5).

A formação dos profissionais de saúde não pode ser valorizada apenas pelos avanços de conhecimentos e tecnológicos, reconhecendo sua profunda importância, mas a formação humanística e política são de fundamental importância ressaltando valores morais, cidadãos e éticos. “Proporcionar a formação de profissionais cidadãos é responsabilidade do Estado. Requer formulação de políticas com o objetivo de alinhar a formação profissional às necessidades de saúde da população” (6).

Essa concepção necessita ser amplamente discutida e implementada nas instituições formadoras como projeto político pedagógico em sua totalidade, com programas contínuos, sistemáticos, efetivos na educação moral, com o objetivo de desenvolver no profissional de saúde uma racionalidade reflexiva, contextualizada e crítica. O aparelho formador tem o papel de instrumentar o acadêmico no sentido de identificar e lidar com dimensões intervenientes da vida humana (social, cultural, histórica, biológica, psíquica, física) que, por vezes, individualizam o ser humano e, por outras, o vulnerabilizam (7).

O estudo da Ética e Bioética é fundamental à formação dos profissionais de saúde, mas na realidade atual, tem sido direcionado para as questões deontológicas que são importantes, mas não dão conta da realidade dessas discussões sobre a relação humana e os dilemas bioéticos da sociedade.

2 JUSTIFICATIVA

No mundo atual, os avanços tecnológicos na saúde, impulsionam a uma mudança de postura frente às relações humanas do cuidado com o outro, sendo constantemente questionada e refletida a prática profissional dos membros de uma equipe de trabalho.

É necessário que se forme um terapeuta ocupacional contextualizado com a realidade em que atuará ou atua, sendo as reflexões da Bioética norteadora dos conflitos entre profissionais, pacientes/usuários e gestores dentro do campo da saúde.

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais de saúde.

Atualmente, as discussões da Bioética contam com grande contingente de profissionais das mais diversas formações e áreas de conhecimento, tendo sido alavancado maior incremento na década de 1990 com a publicação da Resolução 196/96 e com a criação e do Conselho Nacional de Pesquisas com Seres Humanos (CONEP) e dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPs).

Segundo ROSA (2006) o avanço das ciências e das técnicas é, sob muitos outros aspectos, fonte de possíveis ameaças para a humanidade; não é necessário que se invoque o potencial de destruição do fogo nuclear, as diversas agressões às quais nosso meio ambiente está submetido ou, ainda, as ameaças que as tecnologias da comunicação podem causar ao respeito à privacidade ou, mesmo, ao direito à liberdade de informação. Ensinar Bioética não significa o desinteresse pelos riscos ligados ao progresso tecnocientífico em outros campos. Ao contrário, é a chave de acesso para a problemática mais geral das relações entre a ciência e a sociedade (8).

Refletirmos e discutirmos sobre a questão da educação implica em vários contextos ligados a essa temática que é cercada de valores e, especificamente,

abordando aspectos da importância da inclusão da Bioética no contexto da educação, em valores morais: “O conceito de moralidade carrega em si uma complexidade que pode ser abordada sob o viés da filosofia, sociologia ou psicologia como conteúdo inserido nos Parâmetros Curriculares Nacionais”. Nos Parâmetros Curriculares Nacionais, é identificada a importância da ética, dos valores morais, mas indicam que seja um eixo transversal presente em todos os conteúdos das disciplinas no processo de formação desde o ensino fundamental. Nesse sentido, “pretende a construção de um sujeito moral, responsável, e tenta compreender os mecanismos a respeito do senso moral do indivíduo” (9).

É evidente, o crescimento da relevância da Bioética na formação dos profissionais de saúde dos diversos saberes, e no caso, desse estudo, a preocupação é dirigida à formação do terapeuta ocupacional. Nesse estudo realizado, foi identificada a existência de conteúdos de Bioética na formação do terapeuta ocupacional, o reconhecimento pelos docentes de sua importância na formação do terapeuta ocupacional, influenciando ou suscitando mudanças na sua forma de agir com os indivíduos ou grupos sob seus cuidados, norteando essa prática de forma mais humanizada, consciente e crítica, buscando o bem-estar da clientela atendida pelos terapeutas ocupacionais.

A preocupação com a bioética na formação na área da saúde observa-se em várias profissões da saúde a exemplo da Medicina que diante de uma contestação de que existe uma supervalorização das questões técnicas e econômicas em detrimento das questões humanísticas, e, que essa forma tecnicista de conduzir a profissão levou a uma fragmentação da relação com a pessoa sob nossos cuidados profissionais. Essa forma de relacionar à profissão com os indivíduos que dela se beneficiam passou a ser desgastado, desvalorizado sem credibilidade da população. Na visão humanística, a ética e a bioética, são temáticas imprescindíveis para reconstruir novos paradigmas na formação na área da saúde.

Considera-se que a Ética e Bioética são fundamentais à formação dos profissionais de saúde e não apenas dos médicos, como ainda é ressaltado na literatura, incentivado pelo movimento de humanização no setor saúde nos últimos tempos. Essas questões geram questionamentos: Como esse conteúdo está inserido no currículo da Terapia Ocupacional? São oferecidas em disciplinas específicas ou compartilhadas com ética e deontologia ou outras humanísticas? Qual o semestre adequado considerando o nível de maturidade dos alunos para

assimilação e reflexão desses conteúdos e qual a carga horária necessária para atingir os objetivos da Bioética? Outra reflexão é quanto à necessidade de disciplina específica e/ou compartilhada de forma transversal com outras disciplinas. A forma como pode ser efetivado esse repasse de forma transversal nas disciplinas vem sendo discutido com experiências exitosas que já vem sendo observadas, mas com entraves, pelas resistências dos modelos biomédicos (10).

Os temas abordados tem sido outro ponto para discussão permanente. Na realidade das ementas das disciplinas dos Cursos de Terapia Ocupacional, vimos a grande influência da corrente principialista em detrimento de correntes da Bioética mais inseridas no contexto latino americano, como a Bioética de Intervenção. Da mesma, forma, referencial documental importante para essa realidade dos países do eixo sul como a DUBDH, não é divulgado como temática importante para esse conhecimento. As situações persistentes e emergentes, também são discutidas para essa composição. Outro ponto importante é a qualificação docente para ministrar essas temáticas já que essa atividade exige um perfil democrático, com visão de respeito à diversidade, tolerância religiosa, pluralidade. Nesse estudo, buscamos na literatura informações sobre a Bioética na formação de outras profissões de saúde apenas como subsídios na fundamentação teórica (10).

A tendência humanista que se verifica em todas as áreas da Saúde, tanto na pesquisa como na prática, torna-se a perspectiva que desencadeia a maioria dos questionamentos e das mudanças de atitude dos profissionais, originando novos estudos sobre a maneira de conceber as relações assistenciais, assim como a busca de fundamentos para essas posturas (11).

Segundo RIBEIRO (2004) a perspectiva ética beneficente (que fundamenta o modelo hipocrático paternalista) aos poucos passa a concorrer com uma visão ética autonomista que, na prática, significa considerar o usuário dos serviços de saúde como alguém que deve, legitimamente, participar de sua situação e das decisões sobre seu estado de saúde (11).

Acredita-se que este estudo pode contribuir com discussões nos Cursos de Terapia Ocupacional quanto à necessidade de conteúdos bioéticos na formação para além dos conteúdos deontológicos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar conteúdos da Bioética na formação do terapeuta ocupacional quanto à sua contribuição para uma ação profissional mais crítica e reflexiva tendo como referencial normativo, político e ético a Bioética de Intervenção, e como conteúdo complementar os princípios expressos na DUBDH da UNESCO.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar conteúdos de Bioética nos Projetos Pedagógicos (PP) dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional no Brasil nas Instituições de Ensino Superior (IES);
2. Conhecer a compreensão dos docentes terapeutas ocupacionais sobre a presença dos conteúdos de Bioética em sua graduação e a influência destes para a prática profissional;
3. Relacionar os achados de conteúdo e compreensão da Bioética nos Cursos de Terapia Ocupacional brasileiros com a BI e como conteúdo complementar os princípios expressos na DUBDH da UNESCO.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A BIOÉTICA, BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Na compreensão da Bioética como fundamentação importante e significativa na formação do terapeuta ocupacional, é necessário a descrição de uma visão contextualizada histórica, política e conceitual para que possa ser indicativa de conteúdo essencial para a Terapia Ocupacional frente aos conflitos e dilemas bioéticos no exercício profissional. “O termo “bioética” foi cunhado em 1971 pelo cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin, a partir da obra *“Bioethics: bridge to the future”*. Tempos depois, André Hellegers, do Instituto Kennedy de Ética, da Universidade de Baltimore/Georgetown, utilizou esse mesmo termo com conotação estritamente biomédica, diferente daquela anunciada por Potter, mais global e ampla” (12).

O conhecimento acerca da Bioética teve sua expansão, inicialmente, nos países do eixo norte, nos Estados Unidos e Europa, sendo expandido para a América Latina. A Bioética como reconhecida atualmente nasceu nos Estados Unidos na década de 1970, a partir da teoria principialista de Beauchamp e Childress, cujos quatro princípios – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – serviriam como instrumental simplificado para a análise prática dos conflitos encontrados no contexto biomédico. Parte desses conflitos surgiu de experiências decorrentes de pesquisas que utilizavam seres humanos sem qualquer critério de respeito à autonomia do indivíduo e preservação e segurança da vida humana. “Sua ampliação como campo de estudos deu-se, em parte, graças às denúncias de pesquisas desumanas como, por exemplo, o estudo que descreveu a evolução natural da sífilis enquanto se privavam os pacientes de tratamento e ao estabelecimento de princípios éticos, para se restringir práticas questionáveis, no *Código de Nuremberg* e na *Declaração de Helsinki*” (1).

A Bioética passa a ser compreendida na necessidade de se garantir meios de segurança ao ser humano em todas as suas relações na saúde, seja no atendimento, nas experimentações, na garantia de direitos. “A bioética se mostra

capaz de fortalecer o valor do que já está legitimado (o saber e prática clínica) como produto não só desejável e útil, mas também qualificável e distribuível – não apenas importante pelos efeitos que pode ter na vida das pessoas, mas por ser bem que deve ser competentemente aplicado e justamente distribuído entre todos que necessitam.” Neste sentido, atribui valor e condições de valor a um saber e uma prática tradicional, de certa forma relativizando o “isolamento da experiência”, a “referencialidade interna”, ou a intimidade do encontro. Se estes existem, devem prestar contas de algum modo. Modos efetivos e abrangentes? Nem tanto. Mas relativa proteção (13).

Nos últimos anos, a identidade do trabalhador de saúde tem sido alvo de estudos e debates para mudanças na construção de uma identidade com competências técnicas, mas habilidades que permitam lidar com a vida humana, animal e ambiental com respeito aos padrões mínimos de segurança e humanização e politização. Tem se colocado como objeto de estudo por parte desses trabalhadores, em diferentes inserções teóricas, mobilizados por ideias como: o profissional de hoje só poderia ser compreendido pela análise crítica de transformações históricas do trabalho na sociedade e heranças culturais que conformaram a identidade destes profissionais; a educação profissional era decisiva na formação de identidades profissionais; projetos políticos para o trabalho em saúde e para profissões específicas passavam pela crítica de identidades culturais de seus trabalhadores, entre outras (13).

Na década de 1990, as discussões acerca de uma bioética mais integrada nos contextos sociais e econômicos e não apenas biomédicos surgiram criando novas outras perspectivas teorizadas com base em questionamentos críticos de pesquisadores preocupados com questões que as abordagens tradicionais apenas tangenciavam formaram o bojo epistemológico do que se convencionou chamar “bioética dura”, posteriormente denominada “bioética de intervenção”. Trata-se de proposta periférica e contra - hegemônica de ética teórica e prática que parte da América Latina e de seus conflitos persistentes para a criação de referenciais teóricos autóctones com potencial de traduzir as necessidades das populações alijadas do processo de desenvolvimento e inserir na agenda ética a busca pela transformação dessas realidades (12).

Direcionar-se às necessidades da população mais vulnerável é lidar constantemente com as desigualdades em toda sua dimensão social, política,

econômica, intelectual. “Desvelar essa desigualdade cria evidente compromisso com os mais vulneráveis, principalmente por meio daquilo que a Bioética de Intervenção (BI) denomina de “4 P”: “prevenção” de possíveis danos e iatrogenias, “precaução” diante do que se coloca à frente e é desconhecido, “prudência” para que os avanços e as descobertas não se tornem problemas éticos e “proteção” dos mais frágeis, excluídos e desassistidos”. Esse contexto de lidar com necessidades dos mais vulneráveis e desigualdades necessita ser norteado por princípios que vão muito além dos princípios pertinentes à corrente principialista, sendo de suma importância a articulação com os princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos que por sua abrangência tratam de questões relativas aos grupos vulneráveis e respeito à dignidade humana, animal e ambiental (4).

Desde a sua apresentação para o mundo acadêmico até os dias de hoje, a BI tem se posicionado criticamente contra os problemas de injustiça encontrados, principalmente desvelando relações de poder assimétricas. Também, desde seus primórdios se declarou como uma teoria em constante construção. Como já mencionado optamos trabalhar com a produção intelectual do bioeticista Volnei Garrafa que desde os anos 1990 começou a produzir textos relacionados com a chamada Bioética de Intervenção (BI), tarefa na qual teve a colaboração posterior de Dora Porto em determinados momentos a partir da virada do século. Esta corrente de pensamento em Bioética foi pensada a partir do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (1994-2004), posteriormente denominado Cátedra Unesco de Bioética (2004 – até dias atuais) e Programa de Pós-Graduação em Bioética (2008 – até dias atuais) da Universidade de Brasília (UnB), referência nacional e internacional para a produção acadêmica da área (14).

A corrente contra - hegemônica da Bioética de Intervenção busca lidar com conflitos de forma abrangente, contextualizada com determinantes sociais que interferem nos conflitos e exige ações voltadas na solução dos problemas. Fundamento adicional da BI, a solidariedade crítica preconiza o comprometimento de indivíduos engajados e politizados com a causa social. A ação desses atores pressupõe o reconhecimento do outro como ser humano com a mesma dignidade, em claro movimento cujos indicadores basilares (reciprocidade e alteridade) dão espaço para a reflexão constante sobre a própria prática, com o objetivo de aperfeiçoá-la e torná-la mais eficiente para seus propósitos (12).

A Bioética de Intervenção discute as relações entre os profissionais da saúde e os pacientes, reconhecendo que existe uma assimetria nessas relações, uma relação verticalizada e desigual de poder manifestada nas decisões por parte do profissional sobre a vida do outro quando deveria ser mais horizontalizada representando um encontro entre duas pessoas ou de uma pessoa com grupos sugere ponderação diante de relações assimétricas, presença de paternalismo que impede ou limita que o paciente possa ser protagonista de sua própria vida. A BI investe mais para mudar esse cenário quanto maior for a falta de respeito à dignidade dos grupos vulneráveis afetados pela desigualdade de poder. A proteção é proposta, também, com a responsabilidade do Estado cuja proteção ocorra por meio de mecanismos como a intervenção estatal, para que os direitos humanos sejam garantidos e efetivados. Que haja a solidariedade crítica e seja encorajada a “libertação, o empoderamento e a emancipação dos vulneráveis”, que, no caso em tela, são pacientes que dependem de medicamentos especializados para tratamento e recuperação (12).

O período entre 1995 e 2002 compreendeu a criação e a expansão correspondente à etapa gestacional da BI. Destaca-se, ainda, outra influência, com a fundação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) em 1995, fato que simbolicamente representou o momento da emergência da Bioética no país. A existência da BI nos primeiros anos de vida, coincidindo com a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (1995) voltou-se para a “politização da bioética com base nos pressupostos da reforma sanitária e da dimensão social da saúde” – não sendo compreendida com isso de forma reducionista como se a Bioética fosse restrita a esse campo. A compreensão da Bioética para além do campo da saúde é uma perspectiva de expansão que se propõe à ampla perspectiva interventiva, muito além da problemática da saúde, significando a “concretização da utopia” da bioética de intervenção em toda sua amplitude política (prática) e ideológica (teórica). A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, representa, também, a concretização dessa utopia, pois foi identificada como conquista da bioética em âmbito mundial. A Sociedade Brasileira de Bioética e da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da UNESCO apoiaram a elaboração dessa Declaração reconhecendo sua importância internacional e para o Brasil e outros países periféricos. Sendo assim, obriga a perceber a área da saúde como mais um entre outros campos fundamentais, o qual, a despeito de sua importância, precisa

ser articulado com a avaliação das condições sociais em que a vida é experimentada nas diversas regiões geopolíticas de nosso planeta. Portanto, de modo inventivo e decisivo, a bioética de intervenção insere a saúde no contexto insurgente do pensamento latino-americano (15).

Esse movimento de construção da BI no Brasil se expande buscando adesão de estudiosos que se disponham a mudanças de uma Bioética direcionada a discussão das ideias para além disso, numa perspectiva mais interventiva. “A Bioética de Intervenção propõe outra orientação interventiva (não intervencionista): a desbiologização do discurso bioético na perspectiva da desbiologização da vida, com a politização dos conflitos morais e dos dilemas éticos”. Essa politização busca meios de desvendar para a sociedade, as artimanhas do modelo neoliberal que tenta explicar e convencer através do biológico, as questões da saúde e do bem estar que surgem decorrente da falta de condições dignas da sobrevivência humana, como condições sanitárias, de alimentação de habitação, de transporte, de estrutura mínima para assistência em saúde. Tentam uma “forma de escamotear as gritantes desigualdades sociais e as injustas estruturas político-econômicas que as produzem, razão pela qual os seus teóricos farão questão de ressaltar a importância política, explicitar o significado ideológico da opção feita por essa matriz bioética e questionar a passividade de outras matrizes, muitas delas, inclusive, alinhadas com o discurso neoliberalizante da vida e da natureza” (16).

A BI possui em seus pressupostos teóricos identificação com os pensamentos de Paulo Freire com marcante defesa das liberdades e da aproximação em defesa dos desiguais, dos oprimidos. A Pedagogia do Oprimido é a obra mais conhecida de Paulo Freire e de maior impacto político-epistêmico, mas não se pode deixar de reconhecer que o conjunto de sua produção teórica representa uma referência importante, atualizada e contemporânea, pois tem influência sobre a produção do saber seja como método, seja como engajamento político” (16).

Nas décadas de 1960 a 1970, surgem teorias no contexto latino-americano se contrapondo aos sistemas de opressão advindo dos dominadores, como: teoria da dependência, cujos autores mais proeminentes são Celso Furtado, Raúl Prebisch e Theotônio dos Santos; a pedagogia do oprimido, tendo Paulo Freire como principal formulador; e a teologia da libertação, na qual sobressaem inicialmente os teólogos Gustavo Gutiérrez e Leonardo Boff”. Na contemporaneidade, foram propostas que representaram formas de resistência, independentemente de bases conceituais

diferenciadas, pois geravam movimentos de “mobilização das massas”, inauguraram um processo de insurgência epistêmica e política na região que será continuado mais tarde, na década de 1990, pelo pensamento descolonial, cujo marco se reporta à teoria da colonialidade do poder, elaborada pelo sociólogo peruano Aníbal Quijano” (15).

A BI é compreendida como uma dessas formas de resistência e mudanças. “Tomando a perspectiva de Rita Segato, entendemos que a bioética de intervenção desponta no cenário latino-americano das cinco últimas décadas como a quinta proposição teórica – após a teologia da libertação, a pedagogia do oprimido, a teoria da dependência e a teoria colonialidade do poder – a carregar consigo a marca regional e identitária de seu lugar social originário”. No mesmo caminho das teorias acima descritas, a BI pretende se expandir não apenas no Brasil, mas criara uma corrente contra - hegemônica na América Latina, rompendo outras fronteiras. “Além disso, a partir da periferia do sistema-mundo capitalista, a bioética de intervenção pretende – assim como as quatro teorias que a precederam – romper as fronteiras regionais e firmar-se como perspectiva bioética libertadora, rebelando-se contra a imposição do saber bioético produzido nos países centrais, de modo a consolidar definitivamente seu processo de territorialização epistemológica” (15).

O crescimento da Bioética no Brasil está alinhado ao período do movimento da Reforma Sanitária que ocorreu, também, na década de 1970. “Tal associação justifica-se, sobretudo, pelo reconhecimento e valorização da dimensão social para a análise e compreensão da relação saúde-doença, bem como por sua importância no processo de discussão, elaboração e execução das políticas públicas de saúde”. A BI tem como seu principal divulgador, o Prof. Volnei Garrafa, que esteve participando de forma efetiva nos movimentos da Reforma Sanitária no Brasil, sendo evidente essa vinculação e aproximação pela experiência compartilhada nos dois cenários. Do autor, destaca-se a publicação, em 1981, do livro “Contra o monopólio da saúde”, bastante difundido à época entre intelectuais, sindicalistas e estudantes da esquerda sanitária brasileira e considerado precursor da reforma sanitária do final dos anos 1980 (15).

A bioética latino-americana representa um “esforço em construir uma bioética assentada na concretude histórica, na realidade comum de homens e mulheres plurais e historicamente situados”. Compreende em sua abrangência uma diversidade de problemáticas heterogêneas, com realidades díspares e contextos

dos mais diversos, inclusive aspectos contraditórios e conflitantes. A “bioética latino-americana não pressupõe princípios universalmente aplicáveis a distintos tempos históricos e/ou formações étnico-culturais diferentes, como ocorre no paradigma principialista de base anglo-saxônica. Tampouco advoga postura de relativismo moral.” O direcionamento do exercício ético deixa de ser pensado para grupos padronizados pela sociedade com características “aceitáveis” como “homens brancos, cristãos, heterossexuais, de cultura política liberal e ilustrada para se situar no pluralismo de valores e sentidos produzidos por atores sociais diversos de comunidades morais também diversas”. Tal associação justifica-se, sobretudo, pelo reconhecimento e valorização da dimensão social para a análise e compreensão da relação saúde-doença, bem como por sua importância no processo de discussão, elaboração e execução das políticas públicas de saúde (15).

O reconhecimento de que todos os indivíduos são capazes de exercício ético – não porque compartilham de princípios eticamente universais, mas porque são cotidianamente interpelados por situações concretas que despertam sua sensibilidade moral – parece ser a principal contribuição para um projeto bioético decolonial e para expandir leituras pós-ocidentalistas da vida e da existência (17).

A bioética de intervenção (BI), marco da bioética brasileira, influenciada pelas discussões teóricas e de ações políticas vivenciadas no período da reforma sanitária. A BI surge como corrente contra - hegemônica dos países centrais que compreendem a bioética centrada no indivíduo descontextualizado das questões sociais que o circundam e influenciam, e muitas, vezes , determinam suas escolhas diante das circunstâncias de vida cotidiana. Em “seus horizontes (teórico e prático) os problemas macroestruturais relacionados à justiça social. A BI preocupa-se, portanto, com situações persistentes (exclusão social, violência, discriminação, restrição de acesso à saúde) que estruturam o modo como lidamos com ética, política e com questões relacionadas à vida. A BI, assim, repolitiza questões morais (conflitos biotecnocientíficos, sanitários, sociais e ambientais) e pensa a necessária politização da própria epistemologia desde a realidade latino-americana (e, poderíamos dizer, também desde a perspectiva da decolonialidade do saber)” (17).

Nessa perspectiva, a BI não representa no contexto brasileiro e latino americano, um conjunto de pressupostos teóricos, mas assume um significativo papel de ação militante, comprometida com mudanças estruturais, que levem à

transformação baseada na concepção libertadora que a bioética pode provocar em suas intervenções considerando o protagonismo dos indivíduos e grupos que são sujeitos das ações práticas da bioética e são considerados capazes de realizar suas próprias transformações em condições dignas ou lutando por essas condições para se garantir a justiça social. As condições dignas podem ser conquistadas a partir de uma base de sustentação econômica justa e do respeito ao contexto sócio-cultural e do nível de informação, participação e democratização que as sociedades alcancem, os países desenvolvidos têm mais possibilidades de encontro do equilíbrio - político, jurídico e moral - necessário e indispensável à construção de um futuro melhor para a vida de seus cidadãos (4).

A proposta da Bioética de Intervenção (BI) configura-se “alternativa ética para se pensar os problemas sociais, até então pouco tratados pela bioética tradicional.” Na Bioética pautada nos quatro princípios, as questões de dilemas e conflitos éticos, vivenciados por famílias em situação de extrema pobreza, esses aspectos são tratados de forma superficial, sem resolutividades pelas interferências muito significativas das questões sociais de exclusão. Esses movimentos, em prol da Bioética de Intervenção (BI), pretendem buscar a consolidação de uma Bioética que se expanda e consolide na América Latina e no Brasil de forma libertária e protetiva; trata-se de uma “bioética intercultural, que favorece os debates sociais na busca de soluções para os problemas concretos; enfim, uma ética institucional e política, habilitada a pensar criticamente a pobreza, a justiça, a igualdade na saúde e que, desse modo, transcende a bioética clínica” (18).

Assim a Bioética de Intervenção não se mantém branda, mas reclama politicamente pelos direitos e pela possibilidade de uma sociedade mais igualitária, assegurando sua metodologia utilitarista consequencialista solidária, que é comprometida com a transformação social que assegure a equidade aos diferentes sujeitos. Percebe-se a necessidade de uma bioética politizada, que não se melindre com o preciosismo acadêmico no debate sociopolítico, que seja capaz de questionar a ordem estabelecida em nossa sociedade, que questione e promova a inclusão social dos indivíduos a partir de conceitos como empoderamento, libertação e emancipação. Somente uma bioética pautada em valores socialmente discutidos e compartilhados, politicamente empregados e libertadores são capazes de imprimir em uma sociedade a capacidade de escolhas, que devem ser decisões individuais e

coletivas voltadas para autonomia individual que não esqueça a ação da coletividade humana (19).

O principal resultado é o surgimento das éticas aplicadas e da bioética, que, sem renegar os aportes fundamentais da filosofia analítica em termos de rigor metodológico, imprimiram uma segunda guinada ao desenvolvimento da ética do século XX: “a guinada neopragmática (a primeira sendo a guinada linguística da primeira metade do século), preocupada não somente com a forma e o conteúdo da racionalidade ética nas análises dos conflitos morais que surgem das práticas no campo das Ciências da Vida e da Saúde”. Essa preocupação também se direciona para entender os “efeitos pragmáticos das tomadas de decisão que afetam a qualidade de vida de indivíduos e populações humanas”. Sendo assim, a ética aplicada e a bioética estão desconstruindo e construindo novas práticas bioéticas para se produzir respostas nas Ciências da Vida e da Saúde balizando as relações terapeuta-usuário/paciente; nas pesquisas, com os sujeitos que se submetem a elas com indivíduos, grupos e populações inseridos em políticas públicas de saúde que buscam o cuidado e a proteção no contexto da saúde e de forma intersetorial, de forma conjunta com a assistência social (20).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), foi homologada em outubro de 2005, na sede da UNESCO, em Paris. A elaboração desse documento internacional teve uma duração de dois anos com a participação de representantes de vários países envolvidos nesses debates, sendo o Brasil representado pelo Prof. Dr. Volnei Garrafa. A DUBDH representou um marco importante e significativo da compreensão e reconhecimento da Bioética na esfera internacional com o reconhecimento da pluralidade das ideias, da ampliação dos princípios da Bioética para contextos relação aos fatores dominantes dos países do Hemisfério Norte que pretendia limitar a compreensão da Bioética aos contextos clínicos e biotecnológicos. A DUBDH apesar de ser um documento caracterizado como norma não vinculante, isto é, não ter força de lei vem causando um relativo impacto na Bioética internacional. Seu conteúdo é abrangente e potencial possibilitando que possa se desenvolver a partir de um caráter plural, capaz de dialogar com os diversos setores sociais em todo mundo e, especialmente, com as parcelas até então ignoradas pela bioética tradicional, as populações menos favorecidas dos países periféricos. Apesar de se reconhecer a importância da DUBDH, alguns países ainda resistam a sua formulação, Os países da América

Latina, incluindo o Brasil, e do restante do Hemisfério Sul lutaram por uma Bioética democrática, ampla e acessível às realidades sociais internacionais (18).

Entre 2003 e 2005, a UNESCO dedicou um grande esforço de seu Comitê Internacional de Bioética na construção do mais importante documento produzido a este respeito século para a bioética e aprovado por aclamação de seus 191 países membros, memorável encontro em Paris em 19 de outubro de 2005: a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. A construção da Declaração gerou uma grande lacuna entre as posições dos países do hemisfério norte (a grande maioria, os ricos) e do hemisfério sul (pobres e em desenvolvimento) do mundo (21).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), homologada unanimemente pelos 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2005, reconheceu os direitos humanos como referencial mínimo universal para a bioética. A Declaração tem como eixos estruturais a justiça, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. Ao incluir questões sociais e ambientais, ampliou o escopo da bioética e recuperou o sentido original conferido por Potter a esse novo território do saber, quando, em 1970, utilizou o termo para se referir à necessidade de um campo do conhecimento que tratasse da sobrevivência humana, que estivesse fundado em uma aliança entre conhecimento biológico e valores éticos (22).

A inclusão de temas sociais nas pautas de discussão da bioética, consolidada mediante a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) em 2005 pela UNESCO, acarretou o aprofundamento da inserção de questões de justiça distributiva em saúde na esfera bioética. Nessa perspectiva, a bioética lança luz sobre as situações persistentes, ou seja, as desigualdades em saúde ainda presentes nas sociedades contemporâneas (23).

O problema sobre o caso da justiça distributiva não se incide sobre a sua definição como parece ser com a temática de filosofia, mas, sim, sobre os mecanismos de sua operacionalização. Torna-se mais complexo ainda na justiça distributiva aferir tanto os instrumentos quanto a métrica a serem aplicados para mensurar assim como para fazer ações justas nos diversos contextos ou dilemas situacionais. Todavia, fazendo uma retrospectiva histórica da conceitualização de justiça, e, olhando para o panorama das divergências filosóficas sobre a definição do modelo de avaliação do que é justo, pode-se perceber também a maneira da

complexidade filosófica que, tanto as respostas de alguns, quanto as dos outros através das gerações, são todas abordagens possíveis à questão: O que é, e como se faz justiça distributiva de forma justa? (24).

Uetela (2016), analisando um diálogo entre Rawls e Nozick, identifica que para o primeiro, há umnexo entre pluralismo e justiça apenas na medida em que os indivíduos cooperam dentro do reconhecimento da diversidade. Contudo, Rawls nota que existe uma incompatibilidade entre os recursos disponíveis com as necessidades ou demandas dos indivíduos. Aqueles são escassos e estas maiores. Sendo assim, é possível estabelecer meios para definição do bem, que estará presente na ideia de agir sempre em favor do menos favorecido, o que seria impossível no utilitarismo onde existe um conflito entre interesses pessoais e imparcialidade? (24).

A proposta epistemológica apresentada comprovada ampliação e o enriquecimento conceitual que os bioeticistas latino-americanos têm contribuído para o desenvolvimento e a base de ação da disciplina. O futuro da bioética, não só na América Latina, deve ser o de uma disciplina contextualizada com a realidade e comprometida com os aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Neste, o Estatuto Epistemológico da Bioética e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO são instrumentos que contribuíram para a expansão conceitual da disciplina, na qual se incorporam outras categorias ou referências teóricas e práticas à bioética, como os direitos humanos, dignidade humana, responsabilidade (individual e pública) e integridade, privacidade, confidencialidade, igualdade, equidade, não discriminação e solidariedade, entre outros (21).

Esse entendimento leva a uma conclusão de que nos desloca para o conceito de equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, frequente em retóricas no movimento de consolidação do SUS, mas que vem enfrentando muitos obstáculos para estar presente nas decisões das políticas públicas no Brasil. Mesmo com o cenário de desigualdades regionais ou em grupos populacionais, as forças políticas partidárias, interessadas em corresponder aos seus espaços eleitorais, influenciam em decisões na política de saúde. O Conselho Nacional de Saúde, como espaço de controle social, vem fazendo uma defesa irrestrita do princípio da equidade nas decisões dos investimentos na Saúde, mas com muitos entraves e dificuldades de garantir esse princípio pelo descumprimento por parte dos governos em todos os níveis de gestão.

Para Uetela (2016), os indivíduos não tomam as suas decisões sozinhos, e que qualquer juízo é reflexo do que já foi internalizado na instituição, parece que as entidades sociais seriam disfuncionais sem sujeitos. O tema da justiça social em saúde e sua relação com a bioética foi impulsionado após a inserção dos princípios da equidade e da justiça na DUBDH, fato que muda significativamente a agenda da bioética do século XXI. A partir da DUBDH, apontou-se o caráter social da bioética e ampliaram-se definitivamente suas discussões para além da temática biomédica e biotecnológica. Quanto ao texto da declaração, verifica-se que ela se estrutura em seis partes: preâmbulo, disposições gerais, princípios, aplicação dos princípios, promoção da declaração e disposições finais, contendo, ao todo, 28 artigos. Ressalta-se que o Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto da declaração, com a inserção dos campos social e ambiental (24).

Contemplar os indivíduos como seres sociais cujas necessidades, capacidades e escolhas devem ser contextualizadas, amplia o olhar da bioética para uma maior compreensão da justiça. Os contextos se tornam um ponto de partida essencial para uma reflexão bioética sobre os justos. Ou seja, é necessário ir além da justiça distributiva e entrar na justiça social. A esse respeito, surgiram considerações sobre o conceito de "disponibilidade razoável" e "justiça distributiva". A exploração é reduzida ao nível individual, sem levar em conta o contexto social ou a história, e concebe a justiça como pesquisa internacional sobre os seres humanos: da justiça distributiva à justiça social. Em qualquer uma das principais propostas, o embasamento para se justificar a lógica utilizada para essa distribuição será uma função do seu contexto e da natureza e grau das desigualdades nos determinantes da saúde, assim como na sociedade em geral. O verdadeiro teste diagnóstico para determinar o que é justo é saber se a totalidade das relações sociais impõe limites sistêmicos ao desenvolvimento das dimensões essenciais das transações ideais de mercado (25).

Na DUBDH, o artigo 3º pode ser considerado um dos mais interdisciplinares da Declaração, pois aborda a dignidade humana e direitos humanos, sendo importante em seu próprio artigo, mas presente, de forma direta, em outros artigos como na descrição dos artigos 10, 11 e 12 da DUBDH que tratam de respectivamente, "Igualdade, Justiça e Equidade", "Não-Discriminação e Não-Estigmatização" e "Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo" e, indiretamente, como temáticas discutidas em diversas áreas e conteúdos de vários

outros. Assim, mesmo no que se refere aos trechos da Declaração que anunciam o respeito à diversidade e ao pluralismo como um de seus pilares, como no caso do objetivo de “promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre as questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo”, evidencia-se que tal propósito deve ser levado em consideração, sem que, contudo, tenha que se abrir mão dos direitos humanos fundamentais e inalienáveis como um de seus pressupostos essenciais (18).

A DUBDH, em seu art. 10, trata do princípio da igualdade, justiça e equidade, constituindo-se em um instrumento que se dirige às políticas públicas voltadas ao combate da desigualdade: "A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa". Tratando-se do princípio da equidade e de sua relação com as desigualdades regionais, pode-se sustentar que a DUBDH ampara obrigações distributivas por parte do Estado por meio da prescrição de obrigações morais direcionadas para corrigir as desigualdades decorrentes da iniquidade (24).

Equidade é um termo polissêmico, às vezes confundido com o termo igualdade. Porém, não é este o significado que utilizamos nem o mais corrente nas discussões sobre os sistemas e as políticas de saúde. Uma das primeiras interpretações de equidade, que deriva do pensamento aristotélico, entende que as pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente, segundo o princípio da proporcionalidade natural. A diferenciação seria orientada pelo merecimento da pessoa frente à sociedade. Na sociedade grega, cidadãos livres, em seus direitos, eram diferenciados dos artesãos, dos estrangeiros e dos escravos. Homens eram hierarquicamente superiores, no merecimento, às mulheres. Equidade em saúde é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas. Assim, uma ação guiada pela equidade deveria proporcionar a cada pessoa a satisfação de suas necessidades, que são diferenciadas. Equidade pode ser considerada como "*a cada um conforme suas necessidades*" (26).

Especificamente no que toca a inserção da equidade na DUBDH, destaca-se que a equidade encontra-se no preâmbulo do documento, como a seguir transcrito: "Considerando o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da

tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade". Em seu art. 10, enquanto integrante de um de seus princípios, foi incluída entre um dos objetivos da DUBDH: "Promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento" (23).

Quando nos deparamos com a compreensão de equidade utilizada na política de saúde, observamos que esse conceito se expandiu para as demais políticas públicas a exemplo da assistência social que utiliza a equidade nessa mesma lógica, reconhecendo as diferenças para o direcionamento do atendimento às demandas sociais. Essa afirmação do princípio da equidade esteve presente na construção e efetivação das ações prevista para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Plano Decenal I, com período de 2015 a 2015 e ratificado no Plano Decenal II de 2015 a 2025. Os Planos Decenais na política de Assistência Social direcionam as ações dessa política no espaço de dez anos compreendendo os princípios que regem essas ações, metas, estratégias e avaliação. Compreende-se, portanto, a equidade de forma homogênea nas políticas sociais em consonância com a forma como foi descrita na Bioética em relação aos princípios da DUBDH.

Na base a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e considerando a perspectiva social da bioética, observa-se a aplicação da equidade enquanto marco ético, na reflexão bioética acerca de questões relacionadas à alocação de recursos sanitários. A Declaração foi um passo decisivo para que a bioética transcendesse aos limites disciplinares postos até o momento; na medida em que, com a inclusão de princípios sociais no corpo do documento, deu-se importância aos problemas vivenciados pelos países pobres, cujas realidades vinham sendo ignoradas pela concepção hegemônica anglo-americana, conhecida como principialista. Em decorrência disso, vale ressaltar a participação que a DUBDH teve na redefinição da agenda bioética para o século 21; efetivamente o teor social da Declaração trouxe consequências muito positivas para a bioética, constituindo-se como um marco para a expansão de seu campo de interpretação, pesquisa e ação; Tal documento vem se configurando, desde a sua promulgação, como um pressuposto fundamental para que a bioética assumira a sua dimensão política e, com isso, incluía em seus debates as questões que dizem respeito aos vulneráveis sociais (18).

A bioética latino-americana defende que, no campo público e coletivo, a priorização de políticas deve privilegiar o maior número de pessoas pelo maior período e deve resultar nas melhores consequências - utilitarismo -, com exceções pontuais a serem discutidas, como os contextos de desigualdade social. A proposta em pauta representa a quebra do paradigma de utilidade aplicado à busca da equidade entre os segmentos da sociedade, o que resulta na proposta de igualdade para a vida cotidiana dos seres humanos (23).

O artigo 11 da DUBDH, ao enunciar que a discriminação e a estigmatização constituem violações à dignidade humana, remete à concepção de que estigma e dignidade humana estão intrinsecamente associados; um só existe na negação do outro. O estigma, na DUBDH, se refere a qualquer estigma imputado a uma pessoa por qualquer razão que atinja sua dignidade humana e só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humano (22).

O estigma tem sido descrito como um processo dinâmico de desvalorização que "desacredita significativamente" um indivíduo aos olhos dos outros. Em determinadas culturas ou contextos, certos atributos são ampliados e definidos por outros como desonrosos ou indignos. A existência do homem tem um objetivo ou meta final: viver a vida de tal maneira que, no seu final, se possa dizer que valeu a pena vivê-la. Apresenta conceito de ética de uma alternativa para alcançar a vida plena através do gozo equitativo das melhores condições possíveis para desenvolver o potencial humano, cuidar da saúde e viver uma vida boa. Esta opção impede que as pessoas, em qualquer estágio de sua existência e por qualquer razão ou situação adversa, sejam reduzidas a objetos (27).

Na literatura sobre Ética e Bioética, Direitos Humanos, dentre outras mais humanísticas, pesquisadas e referenciadas nesse estudo indicam a necessidade extrema de se enfrentar o estigma e a discriminação com medidas protetivas que são discutidas na Bioética, destacando-se a Bioética de Proteção. Ações protetivas são inseridas em diversos contextos e políticas públicas, seja na saúde direcionada às questões do bem estar físico e mental, seja na assistência social em busca das ações de proteção social, na educação como prevenção do estigma e discriminação no comportamento da sociedade. A dor e o sofrimento causado em indivíduos e

grupos que sofrem estigma e discriminação levam muitas vezes a casos extremos de suicídio como mostram estudos na área.

Segundo Silva (2015), é preciso refletir também acerca da importância da ética a serviço da proteção. A proteção, em sua condição de princípio bioético, não pode ser entendida como paternalismo, e sim como ato da pessoa, dos órgãos públicos e da própria sociedade, praticado com o intuito de identificar e entender aqueles sujeitos considerados vulneráveis aos complexos e variados problemas que podem levar ao suicídio”. Corroborando tal argumentação, Schramm e Kottow salientam que a proteção, como princípio bioético, pode ser entendida como o ato de devolver ao sujeito a autonomia total sobre seus atos, a fim de ser capaz de decidir sobre seu futuro com liberdade e discernimento. Assim, o conflito bioético permeia a necessidade do indivíduo estigmatizado de ser acolhido e compreendido, permitindo a ele e aos seus o direito de conviver de forma igualitária com os demais, sem que recaiam sobre ele, e, de certa forma, sobre seus familiares, o rótulo de “despreparado”, por ter decidido pela “fuga da realidade” em um momento difícil de sua vida (28).

É oportuno mencionar que, “segundo afirmam Godoi e Garrafa, o artigo 11 da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)*, atrela o princípio da não discriminação e não estigmatização ao princípio da dignidade da pessoa humana, aos direitos fundamentais e às liberdades individuais”. Esse artigo 11, indica o direito das pessoas viverem da forma que escolherem, ser aquilo que entenderem ser, sem sofrer qualquer tipo de constrangimento, represálias ou perseguições, e, em muitos casos serem mortos, como ocorreram no Brasil, casos de assassinatos de homossexuais e pessoas transexuais, pelas escolhas que fizeram e desagradaram indivíduos que vivem numa moralidade baseada na hipocrisia e do desrespeito aos seres humanos. São pessoas que cometem constrangimento, agressões e até matam, mas convivem em suas igrejas, em orações, para manter a imagem de pessoas “respeitáveis” na sociedade (29).

Nos casos de mulheres que abortam, as situações de constrangimento são muitas vezes, iniciadas na família, mas, o mais absurdo, é esse constrangimento ocorrer dentro das unidades de saúde. Ocorreram casos de profissionais, por concepções religiosas, negarem-se a atender mulheres em situação de abortamento diante da mesma, causando constrangimento e afronta a sua dignidade, além de depoimentos de maus tratos verbais e físicos. Profissionais que realizaram o aborto

em mulheres com situação de violência sexual, também foram discriminados pela sociedade. Mesmo sem comparar, no mesmo grau de sofrimento, a mulher que opta pelo aborto e o profissional que realiza o aborto, cabe destacar que todos aqueles envolvidos no abortamento, mesmo legal, parecem estar vulneráveis a diferentes processos de estigmatização e discriminação (29).

A concepção da Bioética de forma multi, inter e transdisciplinar, composta pela intersecção de vários saberes está demonstrada na descrição dos princípios da DUBDH. Essa convergência de saberes busca, através de debates permanentes, levar as pessoas a identificarem suas respostas para resolução de conflitos éticos e morais, sendo a DUBDH, em conjunto de pressupostos conceituais e práticos para subsidiar as escolhas de estratégias para esse enfrentamento. Seus primeiros artigos remetem a “uma concepção ampliada do conceito de saúde, relacionando os direitos e responsabilidades com a justiça e equidade”. A Declaração parte do reconhecimento de que a saúde é resultante de uma multiplicidade de aspectos que abrangem não só o progresso científico e tecnológico, mas também fatores sociais e culturais (22).

A DUBDH, em seus artigos, abordam muitas outras temáticas, mas é importante, ressaltar a de pesquisa em seres humanos, por ainda ser um contingente de grande discussão na bioética e que resulta em intersecção em outros artigos da Declaração para essa discussão, além de que pela discussão da pesquisa com seres humanos, a Bioética ter atingido maior visibilidade. No Brasil e nos países dos outros continentes, diversos estudos vêm sendo realizados nesse sentido e produzidos documentos para foram elaborados para construir diretrizes que norteiem as pesquisas envolvendo seres humanos em contextos diversos, sendo as áreas das ciências da saúde e biomédicas, a de maior investimento. A atualização da pesquisa em seres humanos através da publicação da Resolução CNS 466/2012, que revogou a Resolução CNS 196/1996, avançou nesse sentido, apesar de ainda estar necessitando, futuramente, de outras atualizações, pois as concepções da corrente principialista foram marcantes nas discussões e produções da Resolução atualizada, mesmo com os esforços da corrente contra hegemônica pautada na DHBDH.

A análise dos dois documentos – DUBDH e Resolução CNS 466/2012 – permite notar diferenças significativas em suas abordagens. O texto da UNESCO, ou seja, a DUBDH, revela uma bioética mais abrangente e política, que consagra os

princípios e valores dos direitos humanos e traz em seu escopo preocupações inovadoras – por exemplo, com o meio ambiente e desigualdades sociais. Já a resolução brasileira de pesquisa em seres humanos, a Resolução CNS 466/12, ainda é bastante influenciada por uma bioética clínica, focada em práticas biomédicas. As justificativas que originaram este trabalho surgiram da reflexão sobre a elaboração de diretrizes para comitês de ética em pesquisa brasileiros, considerando-se o proposto e ratificado na DUBDH. O questionamento ganha consistência à medida que se percebe que a Resolução CNS 466/2012, publicada sete anos após a assinatura da DUBDH, apresenta mais conteúdo principialista do que a declaração da UNESCO. Nesse sentido, a Resolução CNS 466/2012 tem pontos a aperfeiçoar, mas é fundamental para manter a independência dos CEP e suas análises éticas, assim como a integridade dos participantes de pesquisa. Já os artigos da DUBDH situam a bioética dentro da realidade humana social, e abrem novas perspectivas para reflexão e ação. Enquanto a declaração não é obrigatória em si, pretende proporcionar, nas decisões a serem tomadas ou práticas a serem desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, orientação para a elaboração de leis nacionais e regulamentos profissionais (21).

Os princípios contidos na DUBDH representam um grande avanço político e teórico para um mundo socialmente mais justo, mas sua construção se deu num processo político com diversos conflitos entre as nações mais ricas e pobres; entre o mundo centrado no contexto euro-estadunidense e o mundo periférico. A publicação da DUBDH representou uma “batalha política onde a correlação de forças entre os países dominantes economicamente queriam impor aos países periféricos, um documento internacional que mantivesse o entendimento da Bioética nas amarras da conceituação biomédica e tecnológica”, em detrimento da inserção das questões sociais, ambientais e sanitárias. A divulgação mínima ou insuficiente da DUBDH reflete uma posição intencional de não politização da sociedade em relação à compreensão dos princípios da Declaração que embasam a concessão de direitos da sociedade a um mundo com mais justiça social. O empoderamento das pessoas, grupos e populações não é um objetivo do poder que se apossa da falta de conhecimento da população para a usurpação de direitos (30).

A DUBDH se propõe a fomentar uma reflexão ética como ferramenta para que governos estabeleçam leis e normas adequadas no campo bioético, consolidando e orientando as políticas de proteção à saúde. Apesar de todas as forças contrárias na

construção da DUBDH, a sua aprovação através da participação de muitos países, consolidou o avanço concreto de novo referencial epistemológico e agenda temática para o século XXI: uma bioética mais próxima dos conflitos persistentes que assolam a maioria dos países. Apesar da DUBDH suscitar debates e reflexões em todo o mundo, a divulgação desse documento internacional ainda é uma preocupação e um desafio, pois há desconhecimento de seu conteúdo por grande parte dos segmentos da sociedade e do governo o que resulta em grande parte da população sendo excluída da possibilidade de participar de movimentos, de reivindicar direitos e tomar decisões pautadas nos princípios da DUBDH. “O desconhecimento atinge até mesmo altas cúpulas dos poderes da República, pois nos debates do julgamento do caso de células tronco, os juízes não mencionaram a Declaração que possuía fundamentos para esse subsídio” (31).

Essa ausência torna-se ainda mais flagrante (e preocupante) quando se percebe que “a DUBDH é considerada o documento internacional mais atual e balizador nesse sentido, que prega valores e estabelece premissas em defesa da vida e dos direitos humanos”. O desconhecimento ocorre nas instituições de nível superior, médio e fundamental, entre gestores, magistrados, e, na sociedade em geral. Nesse estudo foi observado que menos de 20% (vinte por cento) das ementas das disciplinas de Bioética, possuíam a DUBDH como temas das aulas, sejam teóricas ou práticas (palestras, estudo de caso, discussão de filmes, etc.). A “comunicação influencia comportamentos individuais e coletivos e pode auxiliar na ampliação do debate para posterior conscientização sobre os mais diversos assuntos e para o posicionamento da pessoa como cidadão” (30).

A divulgação da DUBDH se faz necessário com rapidez, pois apesar de que esse documento não é uma lei, pois consta de “normas não vinculantes” representa um parâmetro internacional que vem representando os eixos norteadores da Bioética no eixo sul e parte do eixo norte. Para tanto, torna-se necessário que sejam englobados nesse processo de adesão, os profissionais, em especial, os da saúde, as instituições de ensino em todos os níveis, movimentos e grupos sociais, organizações de religiões e crenças, grupos diversos, dentre outras. Em outros termos, a “Declaração, em si mesma, pode não causar impacto; mas uma vez encarada como instrumento na luta pela democracia e os direitos humanos, pode fazer uma diferença no aprimoramento da cidadania e, em última instância, na busca continuada de justiça social.” A importância da DUBDH se dá na oferta de uma

oportunidade de um mecanismo capaz de informar e esclarecer sobre condutas éticas de respeito à vida humana e ao ambiente visando a proteção das pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, pela ineficiência ou ausência das políticas públicas, usurpando ou não concedendo direitos legítimos da população (18).

A Bioética é, portanto, a disciplina que estuda os aspectos éticos das práticas dos profissionais das Geociências, Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências da Saúde sobre os organismos vivos, humanos ou não humanos, e seus impactos sobre os ecossistemas. Avalia, pois, as interações entre os homens, entre estes e outros seres vivos, isto é, é a Ética em todas as suas implicações com a vida, de forma a garantir sua continuidade e a construir parâmetros de dignidade. A espécie humana não só é parte da natureza, como a própria natureza não é mais algo externo ao homem, que ele contempla e domina. O homem, hoje, intervém na formação do meio ambiente. Além disso, o próprio conceito de natureza é determinado muitas vezes pelo saber "científico", com fórmulas técnicas e poderes tecnocráticos. Por tudo isso, a condição intervencionista da humanidade, capaz mesmo de "construir" um organismo vivo por meio da manipulação genética, também exige uma mudança de postura em relação à pobreza. Sociedades pobres tendem a negligenciar o problema ambiental em prol do acesso a bens básicos. Apesar de muitos textos de Bioética Ambiental não trazerem, de forma nítida, uma concepção ética da relação "homem-meio ambiente", ela é necessária e urgente no contexto da sociedade de risco (32).

A expectativa, portanto, é que, seja a partir de Potter que foi o percussor da denominação de Bioética, ou de qualquer teoria global, a Bioética possa contribuir para que se perceba que se trata de um equívoco ignorar o potencial da biodiversidade como um dos bens mais valiosos da humanidade. Através disso, esperamos que a responsabilidade pela preservação do meio ambiente é de toda a sociedade, portanto, do cidadão e da cidadã brasileiros. Garantir a "preservação do meio ambiente, não significa estar em desenvolvimento técnico-científico e tecnológico, mas é para harmonizar de forma consensual esse desafio da Bioética." Garantir as formas de vida, sem com isso necessariamente comprometer o desenvolvimento responsável da ciência e da tecnologia. Adotada por aclamação, a DHBDU, foi uma conquista da luta pela preservação da vida, apesar de – "como norma não vinculante - não ter força de lei". A Declaração não é um documento que

possua adesão de todos os países e alguns países ainda resistam a sua formulação, tendo o Brasil, participado da construção desse documento e de ter contribuído muito em sua construção através do Prof. Volnei Garrafa. A DUBDH tem uma necessidade profunda de maior divulgação nos meios acadêmicos, políticos e sociais, mas já vem causando transformações na Bioética do Brasil e no mundo, a partir dela, uma “bioética de caráter plural, capaz de dialogar com os diversos setores sociais em todo mundo e, especialmente, com as parcelas até então ignoradas pela bioética tradicional, as populações menos favorecidas dos países periféricos” (18).

4.2 O ENSINO DA BIOÉTICA

A Bioética na formação dos profissionais de saúde tem sido tema discutido, mais frequentemente, nos últimos tempos, na busca por paradigmas com tendências mais humanísticas e críticas. Os Cursos de graduação começam a inserir os conteúdos da Bioética com disciplina própria ou em outras disciplinas, sendo a maior concentração ainda nas disciplinas de Ética e Deontologia pelo caráter ainda predominante das discussões deontológicas. Analisando achados na literatura utilizada neste estudo, observa-se que a Bioética, mesmo quando não se apresenta em disciplinas, está presente como eixo transversal em disciplinas que abordam terminalidade da vida, cuidados paliativos, pesquisa, A Bioética, ainda é mais ofertada nos cursos da área da saúde, sua maior abrangência, mas é percebida nas ciências sociais, educação, justiça, dentre outras.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, chamada de Constituição Cidadã, avançou em muitas áreas, sendo destacadas como mais geradoras de mudança, as inseridas no capítulo da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência) e o da Educação de 1988. Na educação ressaltam-se “objetivos básicos, o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996, em seu artigo 1º, enfatiza a abrangência da Educação e abre espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, favorecendo a superação do currículo mínimo (33).

Segundo Pessalacia (2011), as diretrizes curriculares proporcionaram inovações importantes e significativas e favorecem as possibilidades de inovações, de ações propositivas, mobilizando as categorias profissionais de nível superior para avanços significativos em suas competências e habilidades e nos conteúdos programáticos através da elaboração de projetos políticos pedagógicos inovadores, numa perspectiva de mudança na formação profissional tradicional, o que não se deu de forma flexível e com grande adesão. As forças de resistência à inovação e de manutenção do conservadorismo surgiram, mas o processo foi parcialmente exitoso (33).

Nesse movimento inovador foi proposta a articulação dos conteúdos teóricos com as situações vivenciais dos estágios e com as demais disciplinas ministradas. No caso do ensino da Bioética que passou a ser incluído gradativamente nas diretrizes Curriculares de 2002, no Brasil, "proporcionou a oportunidade de oferecer um estudo de novas temáticas e discussões com o aluno buscando o desenvolvimento da visão crítica sobre a pluralidade de valores que permeiam as relações em Saúde" (34).

Nas discussões coletivas com as profissões de saúde, em fóruns como Conselho Nacional de Saúde, dentre outros, destacam-se temas, como os avanços e consolidações das políticas públicas que se deparavam com questões extremamente polêmicas como acesso universal aos serviços e programas de saúde, alocação de recursos diante de necessidades coletivas e graves problemas individuais, atendimentos específicos a grupos e populações considerando a diversidade. Nos debates que ocorreram no Brasil no início dos anos 2000, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, se apontava para situações em que os conteúdos científicos incorporados nos cursos de graduação dos profissionais não davam conta para criar habilidades e competências nesses profissionais diante desses dilemas éticos. A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais foram incorporados outros saberes de conteúdos humanísticos, a exemplo da bioética. Além dos dilemas resultantes da implantação das políticas públicas, os avanços da biotecnologia resultaram em questões polêmicas tanto em relação às experimentações, quanto à clientela beneficiada, aos riscos à população, aos limites, à alocação de recursos, dentre outras, sendo necessário conhecimento dos paradigmas bioéticos para fundamentar valores morais e as ações dos profissionais de saúde para uma postura

ética e tomada de decisões, sendo essas questões indispensáveis para nortear o ensino da Bioética.

Segundo Pessalacia (2011), na década de 1970, num contexto de avanços tecnológicos nas áreas do conhecimento, envolvendo a física, a química, a biologia, a genética, a fisiologia, a comunicação e a utilização da internet e outras, surgiu a necessidade premente de que se estabeleçam a discussão de valores da vida humana e do respeito aos seus limites (33).

Nesse contexto, o meio acadêmico e científico vai buscar na Ética e na Bioética, em seus princípios, os parâmetros para esses limites para enfrentamento dos dilemas bioéticos da vida cotidiana. O surgimento da Bioética é recente, de certa forma, vem crescendo significativamente, conquistando admiração e respeitabilidade internacional. As profissões de saúde vêm discutindo suas normas deontológicas expressas nos códigos de ética profissional buscando adequação suficiente para garantir condutas profissionais pela preservação da vida humana, respeito aos seres humanos e a convivência civilizada na sociedade. Na Bioética, é possível se compreender a pluralidade da sociedade, suas diversidades e valores, com princípios que possam proteger essas relações societárias, sem que se estabeleçam normas rígidas e inflexíveis.

Para essa aproximação com a Bioética, a academia busca integrar o conhecimento da Bioética, nos currículos da graduação, e, posteriormente, surgem a formação em Bioética na pós-graduação, a exemplo, da pós-graduação da Universidade de Brasília a qual está vinculado este estudo. O ensino de bioética tem, no bojo de sua função social, um duplo desafio pedagógico: “prover ao estudante recursos para o entendimento das bases conceituais e dos fundamentos da bioética e promover ao mesmo, a prática da reflexão crítica acerca dos conflitos morais com os quais, provavelmente, irá se deparar em sua atuação profissional em saúde” (33).

O ensino da Bioética não abrangeu todos os cursos de graduação em saúde, até o momento atual e teve uma forte influência anglo-americana com o principialismo, muito descolado do contexto sócio-político em que vive o Brasil, apesar de se reconhecer avanços na corrente contra - hegemônica com a Bioética de Intervenção. O avanço nos cursos de pós-graduação vem contribuindo para promover mudanças com maior expansão da Bioética nos cursos da área da saúde e demais áreas, maior capacitação dos docentes e pesquisadores, com a produção

acadêmica resultante desses cursos e de eventos que proporcionam amplo debate do tema (35).

Segundo Ramos (2009), as discussões sobre a bioética na formação dos profissionais de saúde tem se intensificado em torno de que na “articulação do “ser ético” e o “ser profissional ou técnico” nos processos de formação desses trabalhadores, ressalta-se o caráter temporário e contingente de qualquer pretensa “unidade”. A relação entre “ser ético” e “ser técnico” é presumida ou trabalhada pelos dispositivos pedagógicos, indicando a índole sempre precária e móvel das respostas que sobre si têm os profissionais. Quando grande parte da afirmação do “que ser ético eu sou” se fundamenta no “quão bom técnico eu sou” ou no como “desempenho meu papel profissional”, as circunstâncias do desempenho, os predicados e critérios de avaliação deste papel se mostram menos sólidos, mais móveis e provisórios, exatamente por sua contingencialidade”. Essa posição aponta a necessidade de continuidade nessa discussão numa lógica de educação permanente (13).

Nas produções do Programa de Educação Permanente em Bioética da UNESCO, foram discutidas metodologias e modalidades educativas em Bioética. Começaram por considerar que algo é exigido daqueles que irão trabalhar em bioética e que aspiram alcançar na maioria das pessoas. Esperam-se que eles possuam certas atitudes, tais como ter uma mente aberta para a opinião dos outros, uma disposição ativa para o diálogo, respeito pelas ideias do demais, tolerância às escolhas, valores e princípios que governam os objetivos da boa vida dos outros indivíduos e comunidades, prudência na afirmação de afirmações e especialmente quando são tomadas decisões que envolvem os outros (36).

O ambiente formador dos profissionais, realmente, manteve, historicamente, os conteúdos voltados para o “cumprimento heterônimo das leis e normas que regem a profissão”. Nas percepções atuais, se compreende o processo ensino aprendizagem de forma mais protagonista por parte do aluno que deve apresentar mais autonomia nas escolhas e no direcionamento de sua formação, mais iniciativa para tomar decisões e apresentar propostas, mais discernimento, reflexão e crítica para elaborar suas opiniões e conclusões, sendo necessário que tenha uma ação sistematizada, reflexiva, crítica fundamentada e concreta no campo da educação moral, o que proporcionará uma ação por parte do aluno com autonomia e sua

capacidade de fazer uso crítico da razão e desenvolver seu compromisso com o diálogo e o respeito aos outros (3).

A compreensão da Bioética como ética aplicada à vida e não apenas à saúde, como era compreendida, anteriormente, nas instituições de ensino superior, ressaltando o período anterior à Resolução CNS 196/96, restringia os conteúdos transmitidos voltados à bioética clínica. Essa visão avançou, mas ainda persiste nos tempos atuais, necessitando de maior discussão dessa compreensão mais ampliada no ensino da bioética. Da mesma forma, os princípios bioéticos como referencial de análise, ainda se baseiam de forma dominante no principialismo, sendo necessária maior divulgação da DUBDH que é fundamental para a formação de profissionais da saúde como de outras áreas do conhecimento.

Diante da pluralidade da Bioética, e sendo considerada inter, trans e multidisciplinar, pode-se reconhecer que as diversas ciências têm contribuído eficazmente com a formação da Bioética tanto que atingiu o atual desenvolvimento e institucionalização. É importante o entendimento que todo processo de ensino-aprendizagem existe uma relação bilateral, onde as ciências contribuem com os fundamentos teóricos da Bioética, no entanto, a Bioética contribui com as ciências para a evolução das práticas profissionais de forma mais humanística e seus princípios norteiam essa renovação no agir profissional. Essa contribuição da Bioética na formação profissional não se direciona apenas às profissões de nível superior regulamentadas, ou seja, que possuem Código de Ética Profissional, mas às demais profissões de nível superior não regulamentadas, as que não possuem conselhos profissionais, e aos estudantes do ensino médio.

Os objetivos da aprendizagem e do ensino da Bioética seriam, entre outros, desenvolver a “percepção ética, desenvolver habilidades de raciocínio analítico, levantar um senso de responsabilidade pessoal e lidar com a ambiguidade moral.” O êxito do ensino da Bioética depende de fatores como escolha da metodologia adequada às características dos alunos, a definição de conteúdos pertinentes e de conteúdos acessíveis à faixa etária média dos alunos, observação do nível de maturidade dos alunos e do manejo do professor para conduzir reflexões em grupo mantendo respeitos às opiniões diversas e contrárias (3).

As linhas de discussão da Bioética são diversas, numa realidade pautada na complexidade e nas contradições. A Bioética não se propõe a evitar conflitos, mas a conviver com eles buscando a tolerância e o respeito às diferentes visões de mundo,

sendo a formação multidisciplinar para lidar com essa realidade fundamental para a compreensão da importância da Bioética como mediação desses conflitos buscando uma sociedade justa e igualitária. Em relação a essa formação, vamos intensificar a discussão numa perspectiva dos profissionais de saúde, no caso, desse estudo, o terapeuta ocupacional.

O ensino de Bioética para alunos de graduação envolve aspectos tanto de formação de profissionais de saúde para atuação direta junto ao público como de formação de pesquisadores nas áreas de saúde e ensino de ciências, sendo, portanto, esse direcionamento, também, para o ensino da Terapia Ocupacional, proposta desse estudo. É ainda escassa a literatura no que se refere à avaliação de métodos e práticas pedagógicas voltadas para o ensino de bioética, com algumas contribuições na formação de profissionais de atendimento direto, e quase nenhuma na formação de pesquisadores. Apesar da natureza inter ou transdisciplinar reconhecida para a bioética, existem muitos trabalhos deste campo de conhecimento voltados para a bioética clínica. As avaliações sobre o ensino de Bioética que tomam como referência o ensino de ciências são ainda mais raras, havendo uma grande lacuna de informações que se refiram às práticas pedagógicas e à avaliação de objetivos educacionais nesse campo de conhecimento. Os estudantes que terminam o ensino médio chegam à universidade com pouca ou nenhuma informação acadêmica sobre a Bioética e seus princípios, sendo este um campo quase sempre novo para os graduandos iniciantes. Esse fato interfere no ensino da Bioética quando esses estudantes chegam à graduação sem conhecimento prévio (37)

Enquanto inserida no contexto mundial, esta Bioética se desenvolve no Brasil participando das muitas razões e problemas que explicam sua emergência e dos vários modelos e tendências pelos quais ela se constitui. Notadamente, as questões de procedimentos éticos na área da saúde, com o principlismo, marcam o início da Bioética no Brasil. Entretanto, o que distinguiria o modo brasileiro de assumi-la, além de ser simplesmente escrita em português, por novos sujeitos que a refletem? O desequilíbrio de uma Bioética principlista voltada para a ética em procedimentos clínicos certamente começa a se dar à medida que na reflexão emergem contundentes questões de nosso contexto. Aqui começa uma verdadeira mudança que afeta a própria concepção de Bioética em nosso meio (37).

Concebido por Beauchap e Childress e por membros do Kennedy Institute of Ethics, o modelo principialista padrão é herdeiro do Belmont Report, produto das discussões no Congresso estadunidense que se seguiram ao caso Tuskegee. O modelo principialista funda-se em quatro princípios, interpretados pelos seus autores como *prima facie*, ou seja, sem hierarquia definida: o princípio da beneficência, da não maleficência, da autonomia (originalmente concebido no Belmont Report como respeito pela pessoa) e da justiça, sendo o último também conhecido como princípio da equidade. Esses princípios constituem sínteses de referenciais teóricos: o princípio da autonomia deriva da filosofia de Kant e o princípio da justiça se baseia na abordagem contratualista de Rawls (38).

A bioética principialista tem abrangência mundial sendo referenciada em grande parte da literatura e nos conteúdos curriculares voltados à Bioética. Os princípios dessa corrente direcionam a autonomia à responsabilidade individual da pessoa, sem contextualizar os condicionantes e determinantes que levaram o indivíduo a tal escolha. Apesar de o Brasil ter participado da elaboração e aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) atualizou a Resolução CNS nº 196/96 (Brasil, 1996), referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país, tratando sobre os quatro princípios apresentados como quatro referenciais básicos da Bioética, não avançou em relação à adesão aos princípios da DUBDH. A força desse referencial principialista, construída historicamente, também é percebida quando, não raramente, declarações são proferidas dos avanços de uma Bioética mais contextualizada com as demandas sociais, ainda existiam apenas os princípios da corrente principialista como referencial teórico. Com a aprovação, em 2005, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), fica definitivamente confirmado o caráter pluralista da bioética. Essa “declaração representa um divisor de águas na agenda bioética internacional por ampliá-la para além da temática biomédica/ biotecnológica, para os campos social, sanitário e ambiental” (39).

A homologação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 2005, ampliou significativamente o escopo da bioética. Tal mudança conceitual se traduziu pela inclusão, no corpo da Declaração, de diversos princípios que permitiram a esse território inter e transdisciplinar do conhecimento

transcender os limites até então preferencialmente direcionados à área biomédica e biotecnológica. A DUBDH vem recebendo crescente reconhecimento internacional, apesar de alguns países ainda resistirem à sua formulação. Trata-se de um documento normativo não vinculante que, embora não tenha força de lei, tem mostrado potencial para funcionar como instrumento bastante útil no sentido de orientar os Estados na construção de suas legislações neste campo (40).

As contestações voltadas à incompatibilidade da teoria principialista para analisar e dar respostas aos problemas persistentes existentes nos países do eixo sul, se sustentavam na identificação dos problemas de ordem social, política e econômica nesses países refletindo nos problemas éticos vivenciados por essas sociedades. O surgimento de propostas de novas ações para aproximar e integrar os povos e nações se deu quanto à comunicação, mas teve efeito contrário de tratando das questões sociais agravando o descompasso de desigualdade entre países desenvolvidos e com grande poder econômico do hemisfério norte em relação aos dos hemisférios sul que apresentam grandes bolsões de pobreza e exclusão social. “O processo de globalização econômica mundial, ao invés de amenizar, aprofundou ainda mais as desigualdades verificadas entre as nações ricas do Hemisfério Norte e as pobres do Sul, exigindo, portanto, novas leituras e propostas” (41).

Segundo Silva (2009), é certamente com preocupações dessa natureza que Volnei Garrafa afirma que “a luta dos países latino-americanos, secundada pela quase totalidade das nações africanas e pela Índia, além de alguns países árabes, politizou definitivamente a agenda bioética internacional. Nesse sentido, constata-se a grande necessidade de bases teóricas que funcionem como pilar - sustentando a disciplina – mais adequadas às realidades sociais, políticas e culturais de países da região latino-americana (42).

A Bioética, à semelhança da Genética, desenvolveu-se em contexto caracterizado pela confluência de saberes de várias disciplinas e em plena era da ciência moderna. Estas semelhanças facilitam a percepção da transdisciplinaridade que permeia o conteúdo de conhecimento científico tanto em Genética como em Bioética. Ainda que a divisão do conhecimento em disciplinas seja arbitrária (o objeto da ciência é a natureza que em si é única e indivisível), cientistas e educadores são herdeiros de uma cultura que identifica as disciplinas como algo inerente ao conhecimento científico. Consequentemente, os saberes existentes na interface das disciplinas, apresentam difícil consolidação por pertencerem a áreas, supostamente, diferentes (43).

Assim, surgiram termos e conceitos nas disciplinas que necessitam de sistematização no contexto pedagógico. A caminhada futura da bioética brasileira e dos demais países da América Latina deve ser direcionada para a negação da importação acrítica e descontextualizada de “pacotes” éticos forâneos. Na realidade, a bioética principialista aplicada *stricto sensu* é insuficiente para proporcionar impactos positivos nas sociedades excluídas dos países pobres e, conseqüentemente, nas suas organizações políticas. Nesse contexto, surgiram novas bases de sustentação epistemológica e prática de uma bioética compromissada com a realidade concreta do país e da região, defendida pela UNESCO, com a qual nos defrontamos todos os dias com problemas que, segundo Berlinguer, não deveria mais estar acontecendo nesta altura do desenvolvimento histórico da humanidade (41).

A BI nasce do inconformismo e da indignação frente às desigualdades que afetam os países pobres, tendo como objetivo a busca de justiça social, na forma de combate permanente aos problemas que prejudicam o bem-viver de suas populações, especialmente as do Brasil e demais países latino-americanos. Desenvolvendo um estudo fundamentalmente crítico e pluralista, a BI aborda as situações emergentes decorrentes do rápido desenvolvimento biotecnocientífico dos últimos anos (novas tecnologias reprodutivas, genômica, transplantes de órgãos e tecidos), mas debate especialmente as situações persistentes diretamente vinculadas às condições estruturais que se mantêm nas sociedades humanas desde a Antiguidade, como a exclusão social, a miséria, as diferentes formas de discriminação, o aborto, a eutanásia, dentre outros (40).

Segundo Hellmann (2014) pode-se compreender a ética como espaço de reflexão acerca da moralidade, considerando padrões ideais do que possa vir a ser bom para o indivíduo e para a sociedade. Dessa forma, a bioética vem sendo utilizada em diversos contextos como uma ética aplicada fundamentada por estudo de valores morais numa perspectiva pluralista, que trata da diversidade, da tolerância e da consciência crítica da realidade. “É caracterizada pelo estudo sistemático das dimensões morais, utilizando-se de uma variedade de preceitos e de metodologias oriundas do contexto interdisciplinar, pensadas a partir da sociedade, da cultura e dos valores morais da civilização contemporânea” (43).

Toda a aceleração do desenvolvimento das novas tecnologias e das ciências em diversas áreas, mas em especial, na área da saúde, trouxeram indagações e

reflexões, pressionaram por posições críticas, todos os profissionais que atuam no setor, incluindo o terapeuta ocupacional, interesse desse estudo, mas ocorreu maior tensionamento voltados para os médicos. Os debates sobre a finitude da vida, as escolhas e decisões terapêuticas, prolongamento da vida de forma artificial, a justiça na alocação de recursos e os interesses mercadológicos, são alguns dos temas que surgem no cenário atual. O terapeuta ocupacional em sua atuação com idosos, pacientes terminais, dependentes químicos, dentre outros lida , cotidianamente com essas questões e se depara com desafios para adoção de condutas profissionais voltadas para esses contextos. Todas estas questões tão pungentes quebraram antigos paradigmas. A clonagem, teste de paternidade, drogas recombinantes, reprodução assistida, organismos geneticamente modificados (OGM's), os transgênicos, o sequenciamento do genoma humano, entre outros. Admitir a "pluralidade de opiniões e interesses morais e éticos da sociedade que são a fonte inspiradora das teorias bioéticas, seria no mínimo evitar a catástrofe descrita por Aldous Huxley em sua obra "admirável mundo novo" (44).

No processo de formação profissional, o ensino de bioética inserido nesse contexto, compreendido não em princípios individualistas, mas na visão contextualizada em realidades sociais, surgem discussões na graduação e na pós-graduação sobre a proposta pedagógica para esse ensino. Se a integração teoria-prática necessária nas disciplinas mais clínicas, com conteúdos mais institucionalizados, é sempre um desafio de se atingir essa integração, no caso, do ensino da bioética, esse desafio torna-se muito maior devido à pluralidade conceitual e de paradigmas em seu conteúdo. É exigido muita reflexão, construção de um pensamento mais crítico e capaz de perceber as diversas realidades que os cercam, identificar dilemas e conflitos éticos do cotidiano das pessoas que se submetem aos seus cuidados profissionais, controlando a ansiedade de dar respostas prontas para apresentar princípios norteadores.

Da mesma forma, "as DCN dos cursos de saúde aprovadas em 2002 e que se encontram em fase de atualização desde 2016, também subsidiam esse estudo, estando contemplado nas DCN de cada curso e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN)". "Estes documentos visam assegurar bases comuns de abordagem e disseminação dos conteúdos bioéticos nos três níveis de ensino formal (fundamental, médio e superior). Tais documentos também " enfatizam a necessidade de se incluir a bioética como tema transversal, com estreita articulação

com a proposta pedagógica de comprometimento social.” Essa formação é fundamental para a formação não apenas de um profissional de saúde competente, crítico e cidadão (33).

Segundo WILGES (2007), muitos cursos indicavam os princípios que guiam a Bioética, na teoria principialista, - da justiça, da autonomia, da beneficência e da não maleficência – afirmando que “podem ser associada integralmente à relação professor / aluno e ao processo de formação de um professor de Ciências e Biologia, cunhando a esta investigação o caráter de viabilidade e sustentabilidade”. Essa perspectiva era direcionada a comprovar que a Bioética não era sinônimo de Ética Médica como muitas vezes se deturpava no entendimento teórico e político. Todos os profissionais que trabalhavam com vida tinham que buscar esse conhecimento, pois não eram apenas os médicos que trabalhavam com a vida humana. “Todo professor pode ter autonomia e envolver-se na formação de pessoas que estão construindo seu caráter e sua própria identidade; pode avaliar com os olhos da justiça a situação e buscar todos os benefícios possíveis àquelas vidas que estão tão próximas de si.” No entanto, a busca por uma bioética contextualizada à realidade brasileira é fundamental (45).

A prática da Bioética se molda em exercícios que pressupõem situações de conflito por serem abrangentes a um todo global e seus participantes disporem de ideias divergentes, ainda que busquem discutir para o senso comum. A ideia de conflito e o viés reflexivo que se sobrepõem ao debate bioético têm a pretensão de gerar discussões, instigar o interesse dos alunos, “minar” a aula de argumentações e posicionamentos. O debate que, conseqüentemente advém dessa aplicabilidade da Bioética, viabiliza também um momento de avaliação das sensações, sentimentos, percepções e do grau de confiabilidade nas certezas e descrenças que constroem o individual de cada um. São estas algumas das razões que sustentam a compreensão da importância de se estabelecer em sala de aula uma relação contínua entre a vida cotidiana e a bioética e nela construir bases fortes da aprendizagem humana (45).

Tal como inicialmente proposto por Potter (1971), a natureza interdisciplinar da Bioética englobava elementos que transcendiam às questões estritamente clínicas, apontando para um espectro mais amplo, no qual campos que hoje denominamos conservação de recursos naturais, conservação biológica, biodiversidade, desenvolvimento e sustentabilidade estavam presentes. A

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos retoma essas questões, subdimensionadas nas discussões bioéticas (46).

Na formação profissional, as ideias, reflexões e análises que ofereçam padrões do que é bom e do que é ruim, do que é certo e do que é errado, à luz dos valores morais vigentes, ainda são parte integrante da formação profissional nas áreas da biologia, saúde, ambiente, direito, economia e comunicação, entre outras. A atualidade existe de todos os atores envolvidos na formação profissional, um entendimento interdisciplinar, onde os profissionais de saúde interajam de forma interdisciplinar, não apenas com competência técnica – científica, mas capazes de realizar o “reconhecimento de conflitos éticos, análise crítica de suas implicações, uso de senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana” (47).

Apesar de que se observa avanço da Bioética na formação dos profissionais de saúde, com inclusão da disciplina nos currículos das graduações, mesmo que ainda de forma restrita, sendo necessária maior contextualização, observa-se que a compreensão da Bioética ainda se mantém muito voltada para a relação com o ser humano limitado em si, seus valores morais e éticos junto à equipe, aos usuários / pacientes, às sociedades ao órgão e entidades de classe, mas pouco direcionado à “proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade”. Estudos ressaltam que esses temas são mais observados em estudos da Biomedicina e da Biologia, com ênfase maior, nesses últimos, do que nas demais profissões de saúde, o que se justifica pelo objeto do estudo de cada profissão. Esses estudos apontam para a “necessidade de abordagens bastante específicas com o objetivo de trazer para a discussão no campo da Bioética, questões ambientais relacionadas a meio ambiente, biosfera e biodiversidade e suas relações com a proteção de gerações futuras”. Ainda, observam-se dificuldades da inclusão desses temas nos conteúdos de ensino da Bioética, que tem relação com a discussão de respeito à vida e preservação da mesma. As discussões dessa temática, ainda são muito direcionadas às questões do cuidado na saúde em ambientes residenciais ou na rede de serviços de saúde, sendo pouco direcionados para o ambiente. Essa visão abrangente do ser humano em seu ambiente é importante para a compreensão de uma bioética politizada e contextualizada (47).

Portanto, no âmbito da educação, a bioética pode ser considerada um movimento renovador, fortalecedor da ética, visto que esse campo de estudo tende

a traduzir a filosofia moral para uma linguagem mais ao alcance daqueles que atuam nas diversas áreas que envolvem a vida no planeta, facilitando sua aplicação. Nesse movimento renovador nos deparamos com muitas situações que requerem soluções diante de dilemas éticos que são decorrentes dos avanços tecnológicos e de dilemas morais que surgem de forma contínua e persistente na vida cotidiana. Ainda assim, “os problemas que persistem à revelia dessa evolução e que se tornaram triviais, como a fome, a pobreza, o acesso precário à saúde, têm sido negligenciados nessa área de estudo”. Para o enfrentamento desses problemas decorrentes da evolução é necessária a interseção dos diversos saberes, pois é do senso comum que a Bioética “é um campo interdisciplinar e, por existirem diferentes valores morais nas diversas culturas e sociedades, há distintos referenciais de análise em bioética capazes de solucionar um mesmo problema” (43).

A “aplicabilidade da Bioética é possibilitada através da reflexão e do posicionamento sobre questões conflitantes e que, de alguma forma, atingem vidas, num sentido global e pluralista”. As pessoas se deparam cotidianamente e permanentemente com dilemas e conflitos bioéticos e muitas vezes não percebem esse contexto. O ensino da bioética busca capacitar os profissionais para identificarem essas situações, se perceberem frente a dilemas éticos e se instrumentalizarem para desenvolver ações resolutivas, considerando a pluralidade da sociedade, que tem respostas diferentes, de acordo com contextos sociais, culturais, religiosos, políticos, econômicos. “Situações desse âmbito cotidianamente são apresentadas às pessoas e sobre isto se pode referir à importância da participação de cada um na orientação do todo”. Os profissionais, em sua formação, são capacitados para atitudes de reflexão fundamentada em princípios bioéticos, para serem embasados em suas argumentações e posicionamentos plurais diante do dilema bioético (45).

Em outros termos, a bioética se inscreve num contexto no qual devem coabitar as estruturas conflitivas da realidade humana e as tentativas de construir convergências de soluções, consideradas equidistantes tanto do dogmatismo quanto do relativismo cético. Em suma, a bioética pode ser considerada a forma de ética aplicada que mais representa a condição humana contemporânea por dizer respeito aos principais conflitos que surgem nas práticas que envolvem o mundo vivido e às tentativas de dar conta deles. É nesse sentido que se pode também afirmar - talvez

de maneira um pouco exagerada - que, referida à condição humana contemporânea, "toda ética é, antes uma bioética" (20).

A Bioética, também, no ensino da pós-graduação, necessita de incremento e inovação, pois é necessário expandir e consolidar esse ensino no Brasil, mas ainda existe um longo caminho a ser percorrido para que as "orientações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) sejam, de fato, integradas à capacitação acadêmica". A comunicação e divulgação da DUBDH aos meios acadêmicos, sociais e políticos, são indispensáveis para que esses conteúdos possam ser incorporados no ensino da Bioética, pois são raras as ações dessa divulgação. A Declaração deveria ser um conteúdo obrigatório dos conteúdos da formação em Bioética, incorporando seus princípios nas orientações das práticas dos profissionais de saúde, compreendendo que o ensino da Bioética "é indispensável para a compreensão das implicações éticas sobre os avanços científicos e tecnológicos". Ressaltamos que se na graduação é indispensável, na pós-graduação é imprescindível. Por outro lado, sinalizam que a "Teoria Principlista da Bioética" ainda constitui a principal ferramenta de análise moral em Bioética – chegando, até mesmo, a confundir-se com a própria origem da disciplina (46).

O ensino da Bioética direcionado a lidar com valores morais prevalentes em cada sociedade, e identificando o papel da cultura na modelagem destes valores, reconhece-se que conhecimentos da Antropologia Cultural de cada povo são indispensáveis ao preparo dos alunos". Essa preparação na formação dos alunos é indicada para a compreensão da Bioética, para formar profissionais que saibam balizar as consequências morais representadas pelas ações profissionais em relação ao usuário/paciente (47).

No caso específico do Brasil, cuja "história cultural antropológica tem a peculiaridade de resultar da confluência de três culturas distintas (europeia, africana e ameríndia)", com implicações de diversidade de poderes sociais e econômicos em cada uma delas, é imprescindível na formação de Bioética o repasse de conteúdos que tenha a expressão do contexto histórico e sócio - cultural da população. "Somente o estudo das tradições de religiosidade, crenças, valores interpessoais e morais oriundos destas três culturas, e suas resultantes na contemporaneidade (após cinco séculos de convívio e miscigenação), darão ao aluno as ferramentas necessárias para autoavaliar-se como produto da cultura brasileira". Tendo

apreensão desse conhecimento, o aluno de Bioética é capaz de identificar a expressão da diversidade na sociedade e criar meios de interação com pessoas, grupos e populações, principalmente em países com diversidade tão expressiva como o Brasil (47).

O modelo de inclusão da bioética na formação do profissional de saúde vai além do estudo de teoria predominante como o principlismo e o estudo deontológico como vinha sendo tratado no país, em todos os cursos da área da saúde, respeitando diferenciações que maximizavam ou minimizavam essa realidade, para um conhecimento que proporcione reflexões voltadas para a prática profissional. A proposta curricular atual para levar o aluno, a desenvolver atitudes críticas, autônomas e reflexivas, problematizando as questões éticas, o contraditório, confrontando cultura e valores diversificados da população brasileira são fundamentais para a formação de um profissional consciente, propositivo, contextualizado e inovador.

Na função dos conselhos profissionais são “estabelecidas, atualizadas, fiscalizadas, julgadas e punidas as posturas e condutas profissionais desejáveis e indesejáveis, mesmo considerando que não se pode limitar a aplicação de normas deontológicas à condição de existência destas autarquias” como órgãos de fiscalização de poder público (48).

A “ética é, pois, uma necessidade intrínseca às relações do ser humano”. Assim, é de se exigir comportamento eticamente adequado em todas as profissões, sobretudo naquelas que lidam com a vida. Esse componente ético é mais “trabalhado” em algumas profissões e, em geral, é mais visível no chamado “código” de ética profissional. Existem debates que vêm ao longo dos anos tornando-se permanentes, a respeito da denominação de “Código”, pois se restringe aos aspectos deontológicos, ou seja, deveres, mas que não se pode confundir deveres que tem componente ético com a ética como reflexão crítica sobre valores (49).

Os códigos de ética profissional, ainda são essencialmente deontológicos e expressão o corporativismo em sua elaboração documental. As atualizações dos Códigos de Ética nem sempre representam avanços ou às vezes, apresentam avanços pouco inovadores e restritos, e, algumas vezes, seus conteúdos parecem querer dar conta de toda a representação da ética aplicada e bioética, onde sujeitos são objetos dessas práticas determinadas pelo Código, a exemplo das punições previstas de advertência, suspensão ou cassação do diploma profissional. De fato,

as éticas aplicadas e a bioética “surgem exatamente como resposta às insuficiências das éticas tradicionais, as quais, quando não estavam confundidas com preceitos religiosos e baseadas mais na fé do que na razão, se reduziam a códigos profissionais (como é o caso do "código de ética médica)". Desafios de conflitos éticos extrapolam, em muito, a competência dos Códigos de Ética Profissional, e se apresentam a sociedade, de forma permanente, e muitas vezes, surgem novos e inesperados desafios, dos quais não se tem experiência e nem discussão prévia quanto à intervenção do profissional. Exemplos como, emergência de uma “cultura da autonomia individual”; pelos avanços das tecnociências da vida, da saúde e do ambiente; pelo surgimento dos movimentos sociais dos anos 1960, dentre os quais se destacaram o movimento dos consumidores e o movimento contra a injustiça e a exclusão; pela emergência daquela que o filósofo italiano Norberto Bobbio chamou "a era dos direitos" (20).

4.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, mas consolidado na Constituição Federal de 1988 trazia uma mudança significativa de paradigma para a construção de um modelo de sistema de saúde universal, equânime, integrado, regionalizado e humanizado. Para a construção desse novo Sistema existiam profissionais formados em modelos antagônicos, extremamente biomédico, hospitalocêntrico e centrado na doença e não nas possibilidades de saúde e bem estar. Um dos maiores desafios para o SUS era a superação dessa formação profissional e as mudanças nas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde para as novas gerações de profissionais.

Numa análise preliminar das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem, Farmácia, Biomedicina, Nutrição e Fonoaudiologia, entre outros, constatou-se que os princípios da Bioética tornaram-se requisitos indispensáveis para atender as características da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos egresso-profissionais. Por isso, as universidades tiveram que rever as estratégias Político-Pedagógicas e sua filosofia educacional para adequar os currículos as novas exigências da sociedade. Obviamente, tal reformulação está

condicionada ao reconhecimento da inclusão de disciplina de natureza ético-filosófica já a partir da formação básica (46).

Os cursos de formação na área da saúde, mesmo nas universidades públicas tinham uma lógica predominantemente de formação para atender as demandas do mercado de trabalho, independentemente das demandas sociais, direcionando os saberes para atenção ao cuidado das doenças e não centrado nas pessoas e os determinantes sociais implicados no contexto.

Dentro desta visão reducionista, são formados profissionais tanto de nível técnico como de nível superior, ao mesmo tempo em que, as instituições de ensino se direcionam para fornecer mão-de-obra específica para o campo da saúde, não necessariamente para atuar no SUS. Muitas vezes, estes cursos primam pelo uso de tecnologias de ponta, bem como são voltados para os casos raros e para a utilização dos hospitais como principal espaço de aprendizagem. Com isso o sistema de ensino ao invés de formar profissionais para atender as demandas do SUS tende a formar profissionais desconectados com a realidade epidemiológica da sociedade, inviabilizando a universalidade da atenção à saúde preconizada pelo SUS, e conseqüentemente, ferindo os direitos dos cidadãos. Portanto, a demanda pela mudança na atenção à saúde forjada no período da ditadura ainda persiste e é relacionada com a formação profissional daqueles trabalhadores que atuam nos serviços de saúde (50).

O “caráter eminentemente técnico” na formação dos profissionais das ciências da saúde tem raízes nas recomendações do relatório Flexner do início do século XX. Sua característica impõe a fragmentação dos saberes e indica como referências a matriz hospitalocêntrica, o biologicismo, a especialização precoce e a tecnificação do ato clínico. Essa constituição da formação profissional leva a uma formação “prioritariamente técnica em detrimento de características humanísticas”, também imprescindíveis para estabelecer práticas profissionais que possam ser alicerçadas em relações humanas desejáveis (50).

Em processos avaliativos dos cursos da área da saúde, sejam promovidos pelos Ministérios da Saúde, como o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) ou por pesquisas realizadas nessa temática, identificam-se contradições nas formações profissionais. A lógica das inovações e estruturações permeiam as discussões, sendo requerida maior infraestrutura com inovações tecnológicas de ponta e equipamentos e instrumentos para operacionalizar essas inovações,

conteúdos mais aprofundados e complexos, com tecnologias de ensino-aprendizagem. Quando essas discussões tem como conteúdo o ensino da Bioética, esses avanços não ocorrem nos mesmos ritmos que nas outras áreas do conhecimento, existindo uma resistência clara aos avanços, por influências socioculturais, religiosas, econômicas e políticas. Essa resistência se manifesta na rigidez em manter as discussões voltadas para temáticas clássicas ou tradicionais, mesmo que se apresentem com uma linguagem aparentemente inovadora e apresentando novas discussões, mas ainda prevalecem os padrões morais conservadores, as hegemonias corporativistas (48).

Os profissionais de saúde, em sua formação, investiram num aprofundamento das técnicas utilizadas no processo saúde-doença, sem identificar como sujeito do processo, o ser humano, em seu protagonismo e autonomia. O interesse passou a ser no diagnóstico e nas terapêuticas utilizadas e no poder entre os profissionais inerentes da detenção de aprofundamento na utilização das técnicas que passaram a ser hierarquizadas. Essa posição tecnicista e biologizante do processo saúde-doença se refletiu na disputa política histórica entre os profissionais de saúde durante a vigência da tramitação do Projeto de Lei do Ato Médico que durou cerca de onze anos. O projeto que atualizava a regulamentação da medicina, cerceava ações interdisciplinares já consolidadas como atos comuns a outras categorias profissionais como sendo atos privativos dos médicos, atingindo os terapeutas ocupacionais como outros profissionais. A proposta de tornar ato médico a prescrição de órteses e próteses, a acupuntura, chefia de serviços de saúde, dentre outros atos, afetavam mais diretamente a Terapia Ocupacional. Ao longo dos anos, a educação voltada para a formação dos profissionais da saúde, como em outras áreas, voltou-se para o mercado de trabalho e não para a sua função humanística, como princípio maior nesse percurso.

Atualmente, principalmente após a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando a proposta do SUS foi apresentada, se busca na própria área da saúde, a participação de outros profissionais em diversas discussões, para contribuir com outros saberes e perspectivas no enfrentamento de dilemas e conflitos éticos, na operacionalização de ações das políticas públicas. A presença de pedagogos em unidades de saúde voltadas para a criação de processos de educação em saúde é de suma importância, de economistas discutindo alocação de recursos e gestão, advogados contribuindo em discussões da finitude da vida e direitos de escolhas dos

pacientes, dentre muitos outros exemplos, fundamentam essa participação. Para os profissionais da saúde devem ser criadas oportunidades para que possam compreender a ética de forma mais ampla e contextualizada com capacidade para participar de discussão ética da economia da saúde, política da saúde, administração dos planos de saúde, do não atendimento a segurados, da discriminação e da exclusão econômica e social dos cidadãos. Para essa discussão não é suficiente a sua formação técnica em sua área de conhecimento, mas, é necessária a formação em bioética de todos (49).

A ênfase das Diretrizes Curriculares Nacionais, que insere a Bioética na formação profissional, para essa formação prioriza o conjunto das competências e habilidades, o perfil generalista, crítico e reflexivo, sem indicar os conteúdos humanísticos como imprescindíveis nessa formação, sendo, portanto, possível que a criticidade e reflexão do profissional se direcione para a tecnicidade da terapêutica de forma biologizante e racional. Da mesma forma, o perfil generalista se contrapõe ao movimento de tornar a formação profissional adequada aos três níveis de atenção à saúde, atenção básica, média e alta complexidade, permitindo, ainda a busca por conhecimentos específicos desde que garantida a formação com conhecimentos básicos necessários e habilidades para atuar com a população em geral, principalmente os mais vulneráveis (51).

Assim, a formação generalista se dá por meio de uma reformulação da clínica onde se propõe o deslocamento do eixo sobre o qual é realizada a formação destes profissionais, de uma formação especializada e fechada nos espaços de cura e reabilitação, para os espaços de promoção da saúde no nível básico de atenção, conectados com as comunidades. Para que esse deslocamento ocorresse de fato, haveria necessidade da articulação entre as escolas de ensino superior e o SUS (51).

A proposta pedagógica contemporânea, baseada nas DCNs, é que a formação dos profissionais proporcione competência para acompanhar a complexidade da conjuntura do mercado de trabalho, das diretrizes das políticas públicas de saúde e da evolução dos conhecimentos científicos acerca do processo saúde-doença. Essa competência exige que a proposta pedagógica tenha pressupostos que determinem que o aluno, em sua formação profissional possa ter aquisição de conhecimentos em todos os níveis de atenção à saúde e vivências ligadas à promoção, à prevenção, à reabilitação e à recuperação da saúde (50).

A formação na saúde, assim como na educação social considera que a compreensão de que para o indivíduo atendido o período da infância e juventude são considerados críticos para a formação de hábitos e modelagem da personalidade. Nessa analogia considera que a formação ética do profissional de saúde deve ser iniciada nas disciplinas básicas da formação profissional e na fase do estágio pré-clínico, antes de iniciar atendimento aos indivíduos através de aulas práticas ou estágios. Nesse período vem sendo repassadas as noções mais gerais de “ética, um curso teórico e substantivo de introdução à bioética, a ética aplicada ao ambiente do ensino e relativa ao respeito ao cadáver, aos mestres, animais de experiência e até à postura acadêmica” (52).

O acúmulo de conhecimento advindo de diversas áreas, especialmente da educação, traz, “nas metodologias alternativas aos modelos tradicionais de ensino, uma perspectiva inovadora que pode atender às demandas do ensino na área de saúde.” Esse processo se iniciou pelas profissões de enfermagem, medicina e odontologia, por iniciativas dos governos com programas voltados para o acolhimento de avaliação ou execução como o Programa de Saúde da Família (PSF), onde apenas essas categorias profissionais de nível superior faziam parte da equipe, juntamente com profissionais de nível médio. Esses programas tinham objetivos de “incentivar as transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para uma abordagem integral do processo de saúde-doença” (53).

Nessa perspectiva, os demais cursos da área da saúde, buscaram suas inserções através de movimentos próprios, reivindicando participação, tendo como exemplo, novamente, o PSF que não incluiu os demais profissionais nas equipes das Unidades de Saúde da Família (USF), mas criou o Programa de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para inclusão de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros. A importância desses profissionais no PSF, destacando os terapeutas ocupacionais, interesse deste estudo, é que as ações desses profissionais passam a ser desempenhadas na perspectiva da integralidade, com atenção desde a atenção básica à média e alta complexidade. Buscavam nesses movimentos dentro da mesma perspectiva: “diminuir o distanciamento entre a academia e o mundo real (dos serviços), alterando, conseqüentemente, suas metodologias de ensino” (53).

No Brasil um grande desafio na formação profissional na saúde, é conseguir conciliar os avanços tecnológicos a um comportamento mais humanizado, contextualizado e com respeito à diversidade. As relações na saúde, nos últimos tempos, estavam muito verticalizadas, onde os profissionais da saúde, especialmente, os médicos, se colocavam no topo da relação e os pacientes e coletividade muito abaixo, colocando-se os atores, em pólos opostos, mesmo com a intimidade criada na relação terapeuta-paciente.

O processo de humanização e o empoderamento do usuário/paciente vêm promovendo uma redução dessa relação desigual construindo uma relação de mais escuta e diálogo entre os atores envolvidos nessa relação. As decisões nas ações de saúde passam a ser mais compartilhadas entre os profissionais e os usuários/pacientes. Nessa relação complexa e que necessita de mudanças, o aluno, se por um lado enriquece a relação com o usuário/paciente porque estabelece uma relação mais horizontalizada entre ambos, por outro lado a fragiliza pelas exigências de habilidades para lidar com essa tríade relacional onde ora o aluno se assemelha em seu papel ao docente e se distancia da relação com o paciente participando da relação mais verticalizada vinda do docente com o usuário/paciente, ora se aproxima e torna uma relação mais horizontal na medida do possível com surgimento de polêmicas, contraditórios, resistências e grandes reflexões.

As mudanças nessas relações no âmbito das práticas de saúde são necessárias o surgimento de uma consciência crítica sustentada nos princípios da Bioética e na condição humana estabelecendo critérios para posturas profissionais em relação ao paciente/coletividade e aos alunos, tecnicistas dentro das necessidades para bom desempenho profissional, mas mais humanísticas para lidar com seres humanos, com respeito e solidariedade.

A importância da bioética no campo da saúde está relacionada às condutas profissionais a serem adotadas junto ao indivíduo atendido, mas sem dúvida, à incorporação dos produtos e inovações da tecnobiociência, trazendo essas discussões visibilidade às discussões bioéticas. Essas incorporações provocam mudanças relevantes sobre a oferta e a qualidade dos serviços e ações oferecidas pelos benefícios e possibilidades expandidas que resultam a sua aplicabilidade. No entanto, considerando a relevância da temática na bioética, o modo de ação profissional na utilização de tecnologias voltadas para o ser humano, assim como para o ambiente, é preocupação, relevante da Bioética, pois o bem do indivíduo,

grupos ou coletividades tem que estar acima dos interesses individuais dos profissionais ou mercadológicos. Dessa forma, "o tema da tecnologia já deveria implicar, por si só, na análise das consequências éticas de sua aplicação sobre o indivíduo, o coletivo e o próprio trabalhador" (48).

Nas concepções mais atualizadas da formação profissional na saúde, é entendido que não pode adotar com maior relevância às questões tecnicistas, voltadas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Uma prática profissional deve ir além das ações intervencionistas da prática clínica para atender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e para atender, prioritariamente, às reais necessidades da população não apenas do fator de adoecimentos, mas dos determinantes sociais envolvidos nesse adoecer. A participação dos profissionais de saúde deve estender-se para além do contexto clínico com indivíduos, grupos ou populações, devendo estar inserida na gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (9).

Segundo Silva (2017), a formação dos fisioterapeutas identificou como grande desafio, as seguintes questões, sendo a primeira que as instituições formadoras incluam a Bioética no curso de Fisioterapia, mas de forma transversal, com conhecimentos que pautem a bioética do cuidado em saúde com base na autonomia, na dignidade e nos direitos humanos. Como segundo movimento reivindicatório, seria a garantia de um processo de educação permanente, com suas diretrizes, incluindo os profissionais que prestam assistência na rede de cuidados, desde as unidades de saúde até os atendimentos domiciliares, pois esse último representa um espaço de trabalho muito frequente e intenso para os fisioterapeutas. Para um trabalho humanizado no âmbito da saúde, é importante criar nova cultura em saúde e humanizar o processo terapêutico a partir da formação profissional consolidada na melhoria das relações do trabalho em equipe, tendo como referência o respeito à dignidade humana (54).

Os profissionais na profissão de enfermagem, também, apresentam grande preocupação em garantir a presença da Bioética na formação. Existem cursos de enfermagem que iniciaram reformulações, antes da criação das DCN, em 2002, ainda na década de 1990, com desmembramento de disciplinas com conteúdos conjuntos para disciplinas específicas e, nesse contexto, foi criada a disciplina de

Bioética, separadamente, da disciplina de Ética. Isso fortalece a visibilidade da Bioética como relevante na formação, mas essa ação, não basta em si só para comprovar essa relevância. Tal reformulação resultou em uma nova perspectiva para a formação ética do aluno, que passou a dispor de disciplinas voltadas para a ética filosófica, a ética normativa e a ética prática, ministradas nessa ordem, para que o aluno desenvolvesse um grau de compreensão e de maturidade necessárias para cada discussão durante o curso de graduação (34).

Na formação profissional, a Bioética possui em seu contexto, temas relevantes, mas observa-se em seus conteúdos e nas demandas dos alunos por temáticas bioéticas que ostentam mais requisitos para esse conhecimento nas graduações são os relacionados ao início e ao fim da vida, especialmente sobre as tecnologias na área da reprodução e da genética, a eutanásia (algumas ampliando para o tema da distanásia), a doação e os transplantes de órgãos. Os temas mais conceituais e de compreensão de comportamento são inseridos e demandados por alunos, em menor proporção, mas considerados, também relevantes, mas é necessário maior empenho na formação profissional nos aspectos éticos e morais nas descrições de ementas e conteúdos de disciplinas denominadas por áreas especializadas tradicionais, como nas políticas setoriais da saúde. Os cursos de enfermagem e os da área da saúde, em geral, têm avançado nessas discussões e se destacam no contexto da Bioética como referência (48).

Segundo Oliver (2012) em 2003, a formação profissional para o SUS ganha maior institucionalidade com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS), que contribuiu para o desenho da formação profissional propondo a criação de Polos de Educação Permanente em Saúde, com participação das Secretarias de Saúde, entre 2003 e 2006. No ano seguinte houve a proposição de cooperação técnica e operacional e de apoio institucional entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, como o Aprender SUS e o Programa Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (ver SUS). Esse último oferece a estudantes universitários vivências no Sistema Único de Saúde com duração de 15 a 20 dias. Somam-se a essas propostas a ação coletiva entre o Ministério da Saúde e as associações de ensino das profissões de saúde para criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), com participação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO). Esse fórum mobilizou profissionais em diferentes propostas

de fortalecimento da formação em atenção básica com eventos regionais, gerais e por áreas profissionais, incluindo a Terapia Ocupacional (55).

Os avanços da ciência e da tecnologia vem ocorrendo nas últimas décadas vem impulsionando o desenvolvimento da ciência e tecnologia e se constituindo em força transformadora que atua sobre a natureza e, especialmente, sobre a vida humana. Essas evoluções e mudanças vêm refletindo diretamente sobre a prática cotidiana dos profissionais de saúde, os quais têm sentido de perto as interferências dessas mudanças e suas repercussões sobre o seu pensar e/ou agir. Esses profissionais necessitam ser capacitados para desenvolvimento de compreensões e condutas contextualizadas em uma dada realidade e é função das instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das IES, no período de graduação e pós-graduação de oportunizar essas capacitações para que possam constatar a realidade e produzir sentidos. É a função do SUS, “coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho” e das organizações de saúde e de ensino, e “construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes” (6).

A crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há muitos anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em várias carreiras, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área da saúde mobilizaram-se de maneira expressiva (9).

A criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, revelou a disparidade que existia entre profissionais de saúde em relação aos conteúdos de sua formação onde não havia um eixo comum que pudesse identificar todo profissional de saúde, que pudessem se reconhecer numa área comum de atuação profissional. Com a necessidade de se criar diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, que provocasse uma mudança de paradigma criando possibilidades de formação profissionais com um perfil crítico e reflexivo para os egressos e que na formação para essa área, fossem construídos eixos comuns gerais para esse perfil profissional além dos eixos específicos de cada profissão. Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O

perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas (56).

No entanto, buscava-se um currículo que pudesse criar um núcleo homogêneo de prática profissional da saúde, mas que pudesse oferecer “flexibilidade para a construção de um perfil individualizado, também, de acordo com as expectativas de campo de atuação de cada aluno”. Esse desafio de harmonizar o núcleo homogêneo das graduações da saúde, com a necessidade de criarem a flexibilização dos currículos, com tempo programado para atender as demandas individuais na formação de cada aluno, tendo preconizado nestas diretrizes o desenvolvimento de competências tais como: “trabalhar em equipe multidisciplinar, desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde no nível individual e coletivo, prestar uma atenção integral entre outras não foi uma tarefa fácil para nenhuma categoria profissional.” As diretrizes curriculares incentivam a “formação profissional crítica, orientada para a produção de conhecimento relevante e útil para a profissão, pensada na lógica do Sistema Único de Saúde e não para os interesses do Mercado privado como predominava anteriormente” (56).

A autonomia universitária, tão defendida nas instituições de ensino superior não pode estar desatrelada do bem estar social. A propalada autonomia não é uma soberania institucional. Sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade, compromissos ético-políticos. Portadora de futuro, a formação não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade, e ser capaz de sofisticada escuta aos valores em mutação. Nesse sentido, a autonomia deve buscar, sempre, atender a interesses coletivos e à construção de novidade em saberes e em práticas (6).

As profissões da área da saúde foram chamadas para esse debate e construção nacional em torno da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais de cada profissão. Ocorreu um movimento contra hegemônico no campo da Educação Superior no Brasil, pois era a superação de um modelo pautado na doença, no conhecimento biomédico, curativo, sem considerar os determinantes

sociais num processo saúde-doença, uma supervalorização da atenção terciária em detrimento da atenção primária que era relevada em todo o processo ensino-aprendizagem, uma prática de ensino encastelada nos muros das instituições de ensino superior distante das realidades de treinamento em serviço nas redes públicas. As especialidades, as tecnologias de ponta, o individualismo no direcionamento das pesquisas, o desprestígio das atividades de extensão universitária era a realidade vivida pelos atores das instituições de ensino superior.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde foram definidas, a partir de 2000, pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, e apontam para a necessidade de currículos integrados que tenham como embasamento um conjunto de áreas de competência articuladas. Indicam, ainda, que o projeto político pedagógico, além de ser construído coletivamente, deve: ser fundamentado na interdisciplinaridade, valorizar as dimensões éticas e humanistas, promover a inserção de docentes e estudantes em serviços existentes nas localidades, fortalecer a parceria ensino-serviço e promover a diversificação de cenários. As DCN também ressaltam que a gestão deve desenvolver um sistema de corresponsabilização, avaliação e acompanhamento, e que a seleção dos conteúdos deve ser orientada às necessidades sociais (53).

Para a formação de um profissional de saúde diante do tensionamento existente entre o reconhecimento da distância entre os problemas do mundo real e a organização disciplinar do conhecimento faz-se necessário criar estratégias de enfrentamento dessa realidade pelo profissional e a formação profissional tradicional não atende plenamente a essa demanda. As novas exigências na formação profissional que capacitem o profissional para ser mais propositivo, inovador e resolutivo se dirigem a uma prática contextualizada onde haja maior integração do profissional com essa realidade, saindo do modelo conservador de práticas intramuros para inserção nas redes de cuidado do SUS nos níveis de gestão. Para esse novo modelo, a integração teoria-prática e a interdisciplinaridade são fundamentais. Para essas mudanças, a interdisciplinaridade e a interlocução de saberes exigida pela abordagem de problemas da prática não devem ser consideradas como secundárias no processo ensino-aprendizagem, apenas em sua dimensão de alternativa de diálogo disciplinar, mas como prioridades numa formação atual e contextualizada no plano da redefinição e construção de novos objetos do conhecimento profissional e de intervenção em saúde (53).

Existe um entendimento mais atualizado da necessidade de inovação na construção dos Projetos Pedagógicos (PP) com a ideia de que um projeto precisa ter flexibilidade, efetividade para promover mudanças, garantir conteúdos essenciais e complementares, que promovam uma formação competente e contextualizada com as demandas sociais. A formação precisa avançar dos objetivos que eram voltados ao aperfeiçoamento da intervenção clínica para estar voltada para o social que incorpora a vida em sociedade das pessoas, grupos e populações e a cultura existente, assim como a disponibilidade para apreensão do novo, da diversidade como fundamentais na formação profissional. Portanto, o conhecimento não pode ser considerados numa visão tecnicista, mas numa visão contextualizada de que é social e deve ser desenvolvido em rede social, que pressupõe a cultura e a vida social como determinante na maneira de pensar das pessoas. Se a vida é sempre ativa, e que se transforma constantemente, os PP sempre precisam estar abertos para inovações. Os conceitos devem ser compreendidos de forma pluralista e são construídos e internalizados de maneira não linear e diferente para cada pessoa respeitando a necessidade de sua formação, mas, também, sua individualidade (53).

O cotidiano é dinâmico e está sempre em movimento, em transformação, gerando mudanças. Esses conceitos e compreensões precisam ser incorporados nas etapas de conclusão do PP para garantir o resultado esperado. Essas ideias auxiliam na construção do projeto pedagógico, que não é algo estático, assim, é capaz de se transformar ao ser colocado em prática ao longo do tempo. A consideração do universo cultural, da apreensão do saber mediado pelo social e pela cultura, trouxe a ideia do construtivismo, e, então, de uma concepção de aprendizagem socioconstrutivista (53).

A lógica de problematização das questões enfrentadas pelos profissionais de saúde durante o processo ensino-aprendizagem vem de encontro com a pedagogia conservadora onde o saber é repassado numa relação verticalizada entre professor e aluno, e os processos de humanização fazendo parte dos conteúdos pedagógicos favoreceram a compreensão do estudo voltado aos contextos sociais e humanísticos, incluindo a bioética na formação do profissional de saúde. Mesmo de forma incipiente, algumas iniciativas foram adotadas, de forma mais contundente na formação médica, de enfermagem, de odontologia e depois se expandindo em outros cursos, a exemplo do Curso de Terapia Ocupacional. Na verdade, a visão inicial da Bioética era muito relacionada às normas da pesquisa e à deontologia.

No Brasil, quando surgiram os primeiros movimentos para criar os grupos de pesquisa e centros de estudos nas universidades brasileiras, no final dos anos de 1980, adotou-se como marco conceitual a corrente principialista. No início dos anos 1990, três fatos foram marcantes para o desenvolvimento da Bioética com base nesse modelo teórico, que são: 1) a criação de um periódico científico semestral em 1993, a revista 51 *Bioética*, editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Embora antes, uma outra importante revista, *O Mundo da Saúde*, patrocinada pelo Centro Universitário São Camilo em São Paulo, já viesse publicando artigos sobre Bioética; 2) a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, com a finalidade de reunir investigadores e pessoas de diferentes áreas acadêmicas interessadas em Bioética; 3) a edição da Resolução CNS nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que criou o Sistema Brasileiro de Ética em Pesquisas (Comitês de Ética em Pesquisa – CEP) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (46).

A discussão da introdução da Bioética não implica em obrigatoriedade de criação de disciplina e muito menos que as exposições necessitam ser teóricas. O importante que o tema em bioética esteja contido de forma efetiva no PP, mas sejam com disciplinas próprias, em outras disciplinas de forma conjunta ou que seja garantido o conteúdo de forma transversal nas disciplinas da graduação. A bioética não precisa ser institucionalizada para ser compreendida e refletida em ações dos alunos na formação profissional. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde, a partir de 2001, avançaram muito no sentido de uma formação mais interativa e contextualizada e passaram a recomendar o desenvolvimento de outras competências e habilidades na formação profissional. Decorrente da elaboração das DCN, o perfil do terapeuta ocupacional mudou, atualizou-se, sendo a Bioética inserida na formação profissional (46).

4.4 A TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior com maior abrangência na área da saúde, estando seus cursos inseridos nos Centros de Ciências da Saúde das instituições de ensino superior no Brasil. No entanto, a Terapia Ocupacional tem inserção em outras áreas de atuação como no contexto social, incluindo nesse campo, a assistência social, na educação, na cultura, na previdência social, na justiça. A história da Terapia Ocupacional é reconhecida pelo Fazer Humano, utilizando as atividades humanas como forma de reconhecimento do indivíduo e recurso terapêutico para promover mudanças atitudinais e de participação social. A profissão iniciou com uma atuação voltada para práticas baseadas em fundamentações teóricas incipientes que foram se sistematizando, aprofundando cientificamente, buscando evoluir com contribuições de saberes afins para capacitação de seus profissionais aprimorando o processo terapêutico que embasava sua atuação, intervindo junto a indivíduo, grupos e coletividades.

Em seu contexto histórico, “a Terapia Ocupacional como profissão da área de saúde surgiu nos Estados Unidos e sua primeira escola foi fundada em Chicago, em 1915 nos períodos das grandes guerras mundiais, com a necessidade de maior estruturação, conhecimento e organização das atividades práticas que eram desenvolvidas junto a pessoas com limitações e sequelas advindas dos conflitos no mundo” (58).

A Terapia Ocupacional se constituiu entre os anos de 1910 e 1929, no contexto americano, marcado pelo ressurgimento do tratamento moral na psiquiatria e elevado número de ex - soldados com sequelas de guerra. Em 1917 foi fundada a *National Society for the Promotion of Occupational Therapy* (Sociedade Nacional para Promoção da Terapia Ocupacional), posteriormente renomeada *American Association of Occupational Therapy* (Associação Americana de Terapia Ocupacional)” que tem sido uma organização de referência internacional até a data atual tanto na produção científica, como na organização política da profissão numa visão mundial. Outros fatos históricos, também contribuíram para a expansão da Terapia Ocupacional que se expandiu numa atuação na área física e na área mental. Na área física com o trabalho voltado para os indivíduos com sequelas decorrentes das grandes guerras mundiais, mas também, com lesões provocadas

no período da “Revolução Industrial, no final do século XIX, quando as ocorrências de acidentes de trabalho levaram a um elevado número de pessoas incapacitadas”. “No início do século XX, as mudanças na área da saúde mental com o renascimento do tratamento moral, também, impulsionaram o surgimento da Terapia Ocupacional” (46).

Desde o início da profissão, a Terapia Ocupacional tem atuação diversificada com intervenção em mais de um campo de atuação. Sendo uma profissão com campo diversificado, em seu contexto histórico está estreitamente vinculada às diferentes concepções de *ação humana*, incorporadas ao movimento surgido de Reabilitação sendo prestado nas instituições de assistência aos incapacitados físicos, de outras deficiências, e na atenção asilar aos doentes mentais ou psiquiátricos (59).

O uso de atividades com fins terapêuticos vem desde os primórdios da história da civilização humana, mas a utilização de atividades com cunho terapêutico, devidamente analisadas quanto aos objetivos motores, sensoriais, psíquicos e sociais, surge com o advento da Terapia Ocupacional. As atividades terapêuticas eram analisadas sistematicamente em todos os aspectos motores, psíquicos, sensoriais e em suas possibilidades de ação, sendo precedidas de diagnóstico médico e da identificação das funções lesadas. Com a análise das atividades, eram selecionadas, graduadas e estruturadas de acordo com o grau de complexidade crescente. A conduta terapêutica era baseada na compreensão de que o exercício repetitivo promovia a completa recuperação funcional ou a minimização das sequelas motoras. De acordo com as sequelas identificadas, os pacientes eram treinados para readaptação nas atividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo ou para uma nova função produtiva (59)

A indicação dos pacientes para a assistência terapêutica ocupacional, inicialmente, ocorria através da prescrição médica, da mesma forma, que a alta dessa assistência se dava através da alta médica. A profissão não era regulamentada, portanto, não possuía autonomia para tomada de decisão, sendo subordinada às ordens médicas. Com a regulamentação da profissão através do Decreto Lei nº938 de 13 de outubro de 1969, a Terapia Ocupacional emancipou-se para o patamar de profissão regulamentada, com autonomia para avaliar, prescrever, evoluir e dar alta em Terapia Ocupacional (60).

Esse processo não se deu de forma consensuada, mas com contestação da classe médica que pressionava para manter o estado de subordinação. Surgiram projetos de lei no Congresso Nacional, ao longo dos anos, para resgatar essa subordinação através de deputados federais como Antônio Câmara e Salvador Julianelli que propunham transformar as profissões da área da saúde, em nível técnico, garantindo apenas para a Medicina, ser de nível superior, levando a grandes mobilizações nacionais de enfrentamento desses projetos de lei. Essas investidas políticas de retrocesso levaram a Terapia Ocupacional a buscar cada vez mais seu fortalecimento científico através de aquisição de maiores conhecimentos na formação profissional na graduação e na inserção em cursos de pós-graduação lato sensu e strito sensu em áreas afins já que não havia oferta na área de Terapia Ocupacional. Nessa perspectiva, “a Terapia Ocupacional, em novas tendências profissionais, procura trazer para seu campo de reflexão teórico e para suas ações práticas o *compromisso* com as necessidades objetivas e subjetivas da população atendida, a partir de uma visão ampliada de saúde enredada a construção de direitos fundamentais (saúde, lazer, educação, liberdade de expressão, convívio social. etc)” (59).

Diante do desenvolvimento científico da profissão, surge a necessidade de organização política de entidades representativas da profissão numa visão macro e micro - política. Em 1957, pela necessidade de maior organização da profissão que se iniciava, surge a *World Federation of Occupational Therapy (WFOT)*, que contribuiu com esse desenvolvimento da profissão, propondo modelo educativo de forma universal, básicos exigidos para a formação do terapeuta ocupacional. No Brasil, os primeiros cursos de Terapia Ocupacional surgiram na década de 1950 e foram ministrados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Associação Brasileira de Reabilitação, no Rio de Janeiro, mas só foram regulamentados na década de 1960, meados de 1964. Em 1983, através da Resolução nº 4 do Conselho Federal de Educação, foi fixado o currículo mínimo para os cursos de Terapia Ocupacional (61).

A formação do terapeuta ocupacional iniciou no Brasil como nível técnico, na região sudeste, sendo do Rio de Janeiro na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e, em São Paulo, pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) com modelos de padrões internacionais. “A ABBR, fundada em 1954 com caráter filantrópico, criou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro

(ERRJ) iniciando formação em 1956. O HC da Faculdade de Medicina da USP (HC/FMUSP) foi escolhido para sediar um dos Centros de Demonstração de Técnicas de Reabilitação propostos pela ONU, como referência latino-americana. O centro foi criado em 1956 como Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), mas em 1958 foi oficializado como Instituto de Reabilitação (IR) pela Lei 5.029, e as formações iniciaram em 1957”. Na década de 1960, surge a necessidade de novos cursos para atender demandas em outros estados do Brasil, sempre na perspectiva da Reabilitação. Em Pernambuco, em 1962, surge o Curso de Reabilitação ligado ao Departamento de Ortopedia da Universidade Federal de Pernambuco em Minas Gerais na Universidade Federal de Minas Gerais e na Bahia, numa faculdade privada, a Escola Bahiana de Medicina. A profissão, inicialmente, foi formulada como de nível técnico até essa década alcançando formação de nível universitário em 1961. Em 1963 foi aprovado, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), o processo de constituição do currículo mínimo para os cursos, encaminhado pela ERRJ, sendo homologado em 1964 pelo Ministério da Educação e Cultura (61).

A Terapia Ocupacional no país possui um contingente de 18.000 (dezoito mil) profissionais de uma predominância quase que na totalidade de mulheres. “Acredita-se que, pela ação do cuidar estar culturalmente direcionado às mulheres, o que tem sido discutido como uma das questões de gênero na sociedade, a Terapia Ocupacional tornou-se uma profissão predominantemente feminina. Historicamente, a ação do cuidar sempre foi tida como feminina. Em tempos remotos, as mulheres praticavam a cura usando plantas, manipulações terapêuticas e ritos mágicos. Por dar e salvar vidas, eram vistas como fonte de sabedoria”. Com isso, a implantação da Terapia Ocupacional no cenário nacional seguiu o modelo norte-americano no que se refere à formação, aos conhecimentos teóricos e aos objetivos da prática. Subentende-se que o perfil profissional, ou seja, ser uma profissão constituída por mulheres, também foi introjetado no Brasil (46).

Tendo em vista a concentração dos profissionais de Terapia Ocupacional no Brasil, observam-se dois focos de densidade muito alta na região Sudeste, um no estado de São Paulo e outro no estado do Rio de Janeiro. O estado de Minas Gerais, também tem um grande contingente. Por outro lado, podemos observar uma grande área com ausência de profissionais, principalmente na região Norte, apesar de Belém ser a cidade com maior concentração de cursos de Terapia Ocupacional,

sendo dois públicos (UFPA, UEPA) e dois privados, e, Centro-Oeste, tendo um único curso, o da Universidade de Brasília (UnB).

Acredita-se que, “pela ação do cuidar estar tipicamente associada às mulheres, a Terapia Ocupacional tornou-se uma profissão predominantemente feminina. Além disso, sabe-se que o número de homens na profissão é reduzido e sugere-se que tal ocorrência se dê por um baixo interesse dos homens, relacionado à falta de perspectivas quanto a salários e reconhecimento profissional”(46)

Com o surgimento de outros cursos, além dos iniciais em São Paulo e Rio de Janeiro, e o aumento do número de terapeutas ocupacionais surge a necessidade de interlocução desses profissionais que passam a discutir formas de organização, sendo as associações científicas as mais viáveis, tendo respaldo de outras existentes no mundo, tendo como exemplo a da maior referência mundial, a Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais (AOTA). Os profissionais passaram a se organizar em associações científicas no Rio de Janeiro e em São Paulo, onde surgiram os primeiros cursos, criando a Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Rio de Janeiro (ATOERJ) e a Associação dos Terapeutas Ocupacionais de São Paulo (ATOESP), assim como, em Pernambuco, onde em 1964 é criada a Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco (ATOPE). No mesmo, ano foi criada a associação nacional para maior organização da categoria profissional, a Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB). Também iniciaram alguns encontros regionais e nacionais, prevalecendo o intuito de trocas de experiências, crescimento científico e o fortalecimento da categoria.

Refletindo sobre os cenários de onde surgem as demandas que fomentam respostas que podem vir da Terapia Ocupacional, “percebe-se que, historicamente, a Terapia Ocupacional tem como objeto de intervenção as demandas emergentes da sociedade, sendo sua gênese marcada pela corrente humanista”. As questões sociais desestruturantes na sociedade como miséria, violência, marginalização de indivíduos e grupos, segregação, impulsionam o surgimento de movimentos sociais para dar respostas a essas questões. O acompanhamento e participação nas dinâmicas dos movimentos sociais possibilitaram à Terapia Ocupacional uma ampliação das ações com as populações marginalizadas sejam em programas e serviços sócioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, sejam em programas e serviços não governamentais com novos caminhos a serem trilhados,

tomando forma, assim, uma subárea da Terapia Ocupacional. Atualmente, se constitui como uma área própria o que chamamos: a Terapia Ocupacional Social, tendo uma especialidade nessa área denominada de Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais. A Terapia Ocupacional no campo social estruturava-se como um espaço de intervenções que busca inserir e integrar o sujeito na comunidade (62).

Na regulamentação da profissão de Terapia Ocupacional foram definidas as atribuições da Terapia Ocupacional e reconhecida a sua formação como de nível superior. A promulgação da Lei 6316/75, em 1975, criou os Conselhos Federais e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com atribuições de fiscalização e normatização da ação profissional. Na legislação são descritas as normas de registro dos profissionais, locais de atuação como hospitais, consultórios, clínicas, asilos, dentre outros, função ou emprego de assessoria, chefia ou direção. A publicação da Resolução nº 8/78 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) explicitou as atividades privativas dos terapeutas ocupacionais, através do artigo 4º determinando que:

O profissional está apto a prescrever, ministrar e supervisionar Terapia Ocupacional, objetivando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional do cliente a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade, atuando nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (60)

Apesar do reconhecimento da formação no nível universitário com os diplomas dos cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura, durante anos a regulamentação não criou mecanismos de obrigatoriedade de reconhecimento das práticas e profissionais com autonomia. Os movimentos políticos lutando pela autonomia através dos órgãos e entidades de classe se confrontavam com as medidas governamentais e do mercado privado que se insistiam em manter os profissionais subordinados às ordens médicas quanto à prescrição de suas práticas profissionais, requisição de exames, chefias de serviços, dentre outras competências, formando percursos que não reconheciam essas profissões como de ensino superior, ao contrário, procuravam vetar seus exercícios profissionais (60).

Os terapeutas ocupacionais se uniram aos fisioterapeutas para lutarem pela criação dos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO e CREFITOs), e, em 17 de dezembro de 1975. Diferentemente de outras

profissões que reconheceram os técnicos que existiam antes da regulamentação como de nível superior através de uma prova de seleção, as profissões de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia preferiram criar um cargo de Auxiliar de Terapia Ocupacional e Auxiliar de Fisioterapia através da Resolução COFFITO 30/78 onde era exigida a submissão de uma prova a ser prestada nos CREFITOs 1,2 e 3, únicos existentes naquele período. Nenhum desses técnicos se submeteram a essas provas e nunca houve um registro no Sistema COFFITO/CREFITOs, mas essa decisão gerou sérias distorções no país durante anos, pois as empresas privadas e instituições públicas começaram a contratar leigos com essa denominação, em número maior do que os profissionais, para atender a clientela e gerar lucros já que os salários eram inferiores aos dos terapeutas ocupacionais e dos fisioterapeutas. A categoria profissional dos fisioterapeutas sofreu com essa realidade num contingente muito maior do que a Terapia Ocupacional (60).

Na década de 1970 os profissionais incrementaram as iniciativas de organização da classe expandindo o número de associações representativas de terapeutas ocupacionais. “As associações científicas foram se fortalecendo e buscando o reconhecimento oficial e surgiu a primeira associação pré-sindical de São Paulo em 1978 (em 1980 se tornará Sindicato-SINFITO-SP). A segunda associação pré-sindical foi criada em Pernambuco na década de 1980, tendo se tornado Sindicato (SINFITO-PE), em maio de 1986. Nessa década, criaram-se, também, outros SINFITOs como o do Rio de Janeiro (SINFITO-RJ) e a Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO).No Sistema COFFITO/CREFITOs, o Conselho Federal normatizou as atribuições específicas e estabeleceu o Código de Ética profissional. “Os CREFITOs ficaram encarregados de credenciar e fiscalizar os serviços e profissionais. As entidades de caráter sindicais buscaram definir o piso salarial, mecanismos de progressão de cargos e estabilidade empregatícia (62).

Em relação aos avanços na formação profissional, no final da década de 1970 foi proposta a reformulação do currículo mínimo dos cursos, baseando-se em padrões internacionais da Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT).Em 1982, o Ministério da Educação e Cultura aprovou o projeto da nova reformulação curricular, sendo publicada apenas em 1983, com uma carga horária mínima de 3.240 horas, aumentando de três para quatro anos a formação. A mudança não foi apenas na carga horária, mas a mudança foi de paradigma, onde o modelo deixa de

ser clínico-biológico para tornar-se da saúde, com enfoque psicológico, social e biológico, deixando de ser centrado na patologia e na doença, sendo voltado para ações de promoção e tratamento, além da reabilitação (63).

Nesse contexto, a Terapia Ocupacional, também, passou a apresentar expansão no mercado de trabalho. Esse mercado público, privado e filantrópico cresceu com o aumento de instituições asilares, filantrópicas de atendimento à pessoa com deficiência, e cresceu o número de instituições tutelares voltadas à população “marginalizada e excedente”, como as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM), creches infantis, asilos de idosos e presídios. Os terapeutas ocupacionais foram chamados para compor os programas “educativos e/ou coercitivos”. Naquele período, não se compreendia o papel dos terapeutas ocupacionais numa atuação a nível primária, pois atuavam apenas a nível terciário nos serviços de saúde, não sendo inseridos em programas preventivos, pela perspectiva da Reabilitação. Os terapeutas ocupacionais atuavam, também, nos serviços e programas sociais o que representou a origem da sua inserção na política de assistência social. Esses profissionais passaram a questionar os modelos e suas finalidades e a se inserirem nas lutas por políticas sociais, direitos e cidadania das populações envolvidas como na luta antimanicomial, direitos humanos, geração de renda, dentre outras (63).

A Terapia Ocupacional atuava em outros campos, além da saúde, apesar de que esse campo era o de maior empregabilidade dos terapeutas ocupacionais e dominava os conteúdos da formação profissional, como até os tempos atuais. O campo social, além da saúde, era o que tinha maior envolvimento e inserção dos terapeutas ocupacionais havendo uma ampliação e qualificação da prática assistencial, mas que ainda não era entendido como uma outra área de atuação e sim como uma que interfere com a saúde. Surgiram reflexões sobre o papel técnico do profissional e da produção teórica dos conhecimentos, desenvolvendo o papel científico, na Terapia Ocupacional no Brasil o que mais tarde se constituiu num campo de conhecimento. Com o desenvolvimento dos campos de atuação da Terapia Ocupacional, a tendência foi que “cada área buscasse se orientar por um objetivo, uma metodologia e um referencial específico, expressando uma pluralidade de alternativas e possibilidades profissionais”. O campo social cresceu, se expandiu chegando, em 2011 a ter seu reconhecimento na política de assistência social com a inserção do terapeuta ocupacional na Resolução CNAS nº17/11 que determina a

relação dos profissionais que fazer parte da equipe do Sistema Único de Assistência Social.

A importância de análises histórico-críticas na profissão está na possibilidade de captar o sentido da prática profissional no processo de reprodução social, ao inserir a Terapia Ocupacional no movimento da sociedade da qual faz parte; de entender os fatores determinantes da gênese e do desenvolvimento profissional, bem como o movimento das demandas colocadas para o terapeuta ocupacional, que requisitam deste profissional, competências técnicas, éticas e políticas, a fim de que ele responda de modo adequado, a essas necessidades; de identificar as contradições presentes nos espaços de atuação profissional e permitir, ao terapeuta ocupacional, um posicionamento crítico ante elas, tendo consciência dos limites sociais objetivos postos à sua intervenção; além de orientar a formação profissional, no sentido de acompanhar as transformações sociais, de caráter micro e macrossocial (64).

Na intenção de se investigar a origem da profissão no Brasil, os estudos demonstram que a gênese da profissão no Brasil ocorreu, focamos nas práticas reabilitadoras e habilitadoras para o trabalho sendo a Reabilitação o movimento que subsidiou o crescimento da Terapia Ocupacional, não renegando a importância e a atuação em saúde Mental. No entanto, essa história traz muitas contradições, pois apesar da profissão no período de sua regulamentação está muito sedimentada na Reabilitação, essa atuação foi excluída do texto do Decreto Lei nº938/69, onde foi feita referência apenas à Saúde Mental e Recreacional quanto área de atuação. Esse fato histórico merece um estudo para maior compreensão dos entraves ou movimentos políticos que levaram a essa exclusão. A Terapia Ocupacional através da criação e expansão dos programas de reabilitação profissional pelo Estado monopolista no início do século XX foi reconhecida e legitimada como campo de saber e intervenção, que determinou a sua profissionalização, institucionalização e reprodução nesse momento histórico. Esse fato de que o reconhecimento, partiu prioritariamente, da Reabilitação, não significa negar a importância da área de Saúde Mental nesse contexto histórico, do atendimento às populações com sofrimento psíquico na Terapia Ocupacional, mas sim ir em busca do elemento *determinante* da inserção da profissão na divisão social do trabalho e que a colocou em outro patamar perante o Estado” (64).

Nesse sentido, a descrição acima buscou proporcionar uma maior compreensão do processo histórico que movimentou a Terapia Ocupacional ao longo dos anos em consonância nas mudanças científicas, sociais, econômicas e

políticas no Brasil, ressaltando o movimento da Reabilitação e da Saúde Mental. No entanto, acompanhando o movimento das mudanças no mundo do trabalho e nas políticas sociais brasileiras, a Terapia Ocupacional foi incorporando novas atribuições e inserindo-se em outros campos de atuação, que não lidam diretamente com a reabilitação física do trabalhador acidentado, ou de pessoas portadoras de deficiências ou de transtornos mentais. Essa realidade demonstra que apesar da Terapia Ocupacional ainda ter um direcionamento na análise e acompanhamento da dimensão ocupacional do sujeito, novos horizontes passaram a fazer parte da atuação profissional, como exclusão e participação social, onde não se direciona a intervenção para o processo saúde-doença, mas para a relação das pessoas com a sociedade nas situações de vulnerabilidade social que levam a situações de violência no cotidiano das pessoas, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, dentre outras situações de dificuldade na participação social (64).

Na análise da Terapia Ocupacional, na perspectiva histórico-crítica, constata-se também que possibilita entender que a ação profissional, ao ser mediada pelas políticas e pelos serviços sociais e desenvolvida em instituições, é necessariamente permeada pelas contradições que atravessam essas políticas, serviços e instituições. Tendo em vista que essas instâncias se configuram como expressões das respostas do Estado às reivindicações dos trabalhadores e às necessidades de reprodução do capital, a ação do terapeuta ocupacional é perpassada por interesses de classes sociais antagônicas e em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama, já que a mesma surge como parte das iniciativas sociais que interferem no enfrentamento desses conflitos de classe (64).

Dessa forma, o caminho para a profissionalização também marca uma relação de ruptura com as práticas já existentes, que se coloca como decisiva para a constituição da Terapia Ocupacional como profissão. “Essa ruptura é caracterizada pelo momento no qual os agentes profissionais são inseridos em ações interventivas, cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos já não são determinados completamente pelo seu controle. Assim, a profissão não pode ser vista como continuidade das práticas anteriores de utilização da atividade no cuidado em saúde, tendo em vista que as mudanças sociais ocorridas no capitalismo e as novas necessidades do Estado demandaram a emergência desse profissional, na condição de assalariado, como integrante do corpo de funcionários do Estado para atender aos interesses monopolistas (”64).

A incorporação do conceito de cotidiano na produção teórica e no discurso da prática traz implícita uma mudança radical na proposição teórico-metodológica da

Terapia Ocupacional. A ação da Terapia Ocupacional, segundo a perspectiva crítica, funda-se na retomada histórica e contextualizada do sujeito e sua inserção participante no coletivo. A vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade. O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito. O poder refletir a vida cotidiana e suas determinações, esse olhar estrangeiro para o que parece rotina imutável, contribui de forma marcante para os movimentos de autodeterminação do sujeito, de reorganização do coletivo e ressignificação do cotidiano (65).

O crescimento da Terapia Ocupacional se apresenta com concentração em duas grandes áreas, a funcional e a da saúde mental, estando se expandindo, constantemente, em outras áreas de atuação, estando, no momento, diversificada. A atuação na área funcional, na reabilitação física, sempre foi cercada de restrições e conflitos que vem se incrementando junto ao entendimento no Sistema COFFITO/CREFITOs.

Como se observa existem impasses políticos existentes na profissão, pela ação do terapeuta ocupacional atuando na reabilitação física em vários contextos, destinados a pessoas com deficiência, incluindo, ainda, os programas na saúde do trabalhador, através de programas de reabilitação profissional. Os programas de reabilitação, fruto também da luta dos trabalhadores, em um contexto de acirramento da luta de classes apresentam em seu interior a contradição inerente às políticas sociais, pois ao mesmo tempo em que preservam a saúde do trabalhador, possibilitam a expansão da economia capitalista através da inserção dele no mercado de trabalho. Portanto, além dos conflitos que desafiam os terapeutas ocupacionais em disputas internas para atuar nessa área, ainda, se envolvem nas lutas pelos direitos dos seus usuários.

O número de pessoas com deficiência no Brasil corresponde a 23,9% da população brasileira, o que totaliza cerca de 45,6 milhões de pessoas com deficiência de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, censo de 2010. Esses dados representam um panorama preocupante, considerando aspectos relacionados à qualidade de vida dessas pessoas e de seus cuidadores, bem como sua inserção na vida social e econômica de um país em plena expansão. Outro dado

relevante é a tendência de envelhecimento da população, que aumenta o número de pessoas com deficiências. Além disso, haverá também o aumento do número de idosos e, conseqüentemente, as deficiências motoras, visuais e auditivas (66).

O contexto atual apresenta um envolvimento e responsabilidade social por parte dos profissionais e uma exigência da sociedade com a qualidade da assistência prestada, sendo um diferencial, o aprimoramento do conhecimento e da instrumentalização da ação profissional em atenção às demandas apresentadas no enfoque do indivíduo e da coletividade.

Sabe-se que as condições adversas às quais são submetidas à sociedade brasileira, referentes às condições de saúde, moradia, educação, assistência social, alimentação, transporte, dentre outras colocam uma série de desafios a serem enfrentados em todas as áreas de conhecimento, ressaltando o setor saúde, onde a iniquidade é dramática e determina como adoecem e morrem as pessoas nas determinadas regiões do país e é nesse processo contextualizado que o Curso de Terapia Ocupacional pretende formar cidadãos profissionais, comprometidos com a melhoria das condições sociais e de saúde da população brasileira. A reorganização das políticas públicas e da assistência no Brasil, que começou a ganhar forma a partir de meados dos anos 1980, permitiu reconfigurar os saberes e práticas da Terapia Ocupacional em novos campos de legitimidade.

Apesar das dificuldades de ordem política e operacional, a organização política dos terapeutas ocupacional vem atuando junto a estados e municípios pela inserção dos terapeutas ocupacionais nas redes assistenciais das políticas públicas, o que impõe o enfrentamento de alguns desafios, dentre os quais se destacam a necessidade de estratégias diante da necessidade de expansão das unidades de saúde da família, e a incorporação de novos serviços de referência, como os serviços de saúde-mental e de assistência social para inclusão do terapeuta ocupacional. Faz-se necessário a expansão de equipes multiprofissionais preparadas para as ações com a responsabilização dos profissionais com o serviço e com a comunidade. Em todas estas unidades de saúde e assistência social, existem demandas de terapeutas ocupacionais para contribuir no processo de construção de serviços de excelência.

Desta forma, a Terapia Ocupacional possui áreas de atuação que vão da saúde mental, traumatologia e neurologia, a novas tendências profissionais, que despontam atualmente, como saúde de trabalhador, oncologia, gerontologia,

inclusão escolar, tecnologia assistiva, dentre outras. Essa possibilidade faz com que a reflexão teórica da academia, seja transformada em ações práticas, com compromisso para as necessidades objetivas e subjetivas da população atendida, a partir de uma visão ampliada de saúde, das áreas sociais e educacionais, da educação inclusiva, dentre outras, possibilitando interfaces, na perspectiva da intersetorialidade (66).

Para se atingir essa pretensão é necessária à formação de um profissional crítico reflexivo, com formação generalista com fortes bases de conhecimento das políticas sociais e de saúde do país somada aos conhecimentos de sua área específica de atuação, no caso, a Terapia Ocupacional, e que possa utilizar esses conhecimentos para minimizar as injustiças sociais enfrentadas no país.

Existe uma necessidade de suprir a carência de terapeutas ocupacionais no Brasil, ressaltando os Estados onde não existe nenhum curso, a exemplo, dos estados da região Norte, exceto o Pará e Rondônia.

Nesse contexto, a implantação do Curso de Terapia Ocupacional se propõe a disseminar o saber de sua especificidade profissional, contribuindo para o acesso da população aos benefícios da Terapia Ocupacional com a formação desse recurso humano a serem inseridos nas políticas públicas minimizando a carência dos terapeutas ocupacionais nas equipes de saúde, de assistência social, de segurança pública no sistema penitenciário e outras unidades da rede, nas escolas, dentre outros serviços. Esse acesso da população à Terapia Ocupacional atenderá aos princípios do SUS, do SUAS, incrementando a justiça social, a democracia e o direito cidadão para a população brasileira.

A escassez de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil para atendimento nessas demandas necessita ser enfrentada pelas organizações da profissão e pelas autoridades competentes, pois a figura abaixo demonstra, claramente, a insuficiência de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, com Estados brasileiros onde nunca houve um curso de Terapia ocupacional para garantir assistência adequada à população.



Fonte: COFFITO

Figura 1 Distribuição dos Cursos de Terapia Ocupacional no Brasil

4.5 A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

No Brasil, em meados da década de 1950, no Rio de Janeiro e em São Paulo, criaram-se cursos para a formação de "profissionais da reabilitação" destinados principalmente para as áreas da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. Buscava-se tecnologia que fosse focada para a reabilitação de acidentados, deficientes físicos e doentes mentais, e os procedimentos terapêuticos eram baseados no modelo positivista da ciência.

Durante o período final da década de 1970, ainda na ditadura militar, o país vivia uma grave crise econômica e social e ocorreram vários movimentos ou entidades de representações no Brasil para demonstração de resistência ao regime militar e disposição de luta para superar o regime totalitário e restaurar a democracia brasileira. A sociedade civil se organizou em diferentes representações, por sindicatos, associações de todas as áreas e partidos políticos, para esse enfrentamento discutindo questões relacionadas à democratização e o direito à

cidadania, que eram afrontadas sob um governo militar e ditatorial. Os movimentos sociais representados por movimentos populares, movimentos sindicais das diversas categorias profissionais, instituições religiosas e estudantis, associações de classe, trabalhadores, usuários, familiares que frequentavam os serviços públicos e partidos políticos, começaram a denunciar ao mundo as formas de violência e de injustiça estabelecidas pelo Estado autoritário. Nesse período, muitos terapeutas ocupacionais trabalhavam na área da Saúde Mental dentro dos manicômios, onde os usuários viviam em regime de segregação e exclusão total na sociedade. A população vivia no regime de exclusão de direitos, e numa condição de pacientes de Saúde Mental, essa exclusão era muito acentuada, vivendo um mundo socialmente injusto (57).

O modelo assistencial na Saúde Mental era desumano e excludente provocando um movimento em prol de mudanças em respeito aos direitos humanos, que realmente oferecesse um modelo assistencial terapêutico e que garantisse a cidadania dos pacientes. Esse movimento mais tarde transformou-se no Movimento da Reforma Psiquiátrica, com críticas às instituições manicomiais, à discriminação e segregação dos sujeitos. A Reforma Psiquiátrica foi mobilizada por profissionais da Saúde Mental e outros segmentos da sociedade. Tudo isso incentivavam esse grupo de profissionais a buscar recurso que traduzisse essa realidade. Vários "discursos interdisciplinares e autores, como Robert Castel, Félix Guattari, Franco Basaglia Michel Foucault e Erving Goffman, exerceram grande influência nesse grupo" A participação dos terapeutas ocupacionais nesse movimento, gerou como resultado, a possibilidade contribuir com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e fazer uma releitura na intervenção terapêutica ocupacional nos serviços que prestam assistência ao indivíduo com transtorno mental. "Essa participação ativa do terapeuta ocupacional em diversos espaços sociais resultou em mudanças para práticas focadas na compreensão crítica sobre os sujeitos marginalizados que habitam um campo complexo e de fronteiras, assim como fomentou investimento dos terapeutas ocupacionais nos caminhos de pesquisa nessa área". Os terapeutas ocupacionais sempre tiveram sua clientela prioritária voltada para as pessoas ou grupos de muita vulnerabilidade e risco social em todos os ciclos de vida, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos. Nesse panorama, a Terapia Ocupacional preconiza a humanização em sua intervenção no âmbito interno e sua prática profissional, nas ações interdisciplinares, nas políticas públicas e enfrenta o desafio

da humanização da realidade da vida cotidiana, que passa pela compreensão do outro e da sua história no contexto micro e macrosocial (57).

Cabe-nos, portanto, o exercício da defesa dos direitos e deveres decorrentes da cidadania, conforme valorizada e defendida pela Constituição de 1988. Em que pese o pequeno número de profissionais e de cursos de graduação no país, os docentes de Terapia Ocupacional e as associações da categoria sempre compuseram nas iniciativas dos ministérios da Educação e da Saúde na discussão da formação profissional, para a implantação dos currículos mínimos, das diretrizes curriculares nacionais, no fórum de associações de ensino e nas propostas de reformulação da formação profissional apresentadas anteriormente. O debate e apresentação das DCN foram integrados por docentes da área das diferentes regiões do país que contavam com cursos de graduação (54).

Nessa conjuntura, a Terapia Ocupacional juntamente com as demais profissões de saúde iniciam as discussões a nível nacional para formulação de suas Diretrizes Curriculares Nacionais, tendo a participação dos coordenadores e docentes dos cursos, dos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais e as Associações Estaduais de Terapia Ocupacional ativas entre 2000 e 2002, reconhecendo que não houve um nivelamento de participação em todas as regiões, tendo estados mais participativos e outros com menos participação, mas todo o território nacional garantiu sua representatividade.

Em 1963, o Conselho Federal de Educação – CFE, por meio do Parecer nº 388/63, homologado pela Portaria nº 511/64 do Ministério de Educação e Cultura – MEC, justificava que as matérias básicas para a formação daqueles técnicos deveriam ser “resumidas ao indispensável, à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados seriam chamados a praticar”, fixando um currículo mínimo¹ para cujo cumprimento estabeleceu-se uma carga horária mínima de 2.160 horas, a serem integralizadas em três anos letivos (68).

Seguiu-se a esses eventos um longo período no qual se buscou consolidar progressivamente um viés “técnico”, “científico”, apoiado, de um lado, em uma vertente humanística (psicanálise, psicologia, sociologia, etc.) e, de outro, em um embasamento, mesmo frágil, nas técnicas médicas e nas ciências biológicas em geral. Esse percurso da Terapia Ocupacional no Brasil foi similar aos percursos em outros países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. A semelhança nesse

percurso histórico da Terapia Ocupacional no Brasil e nesses países se fundamenta à luz da conjuntura política e econômica, pois se optou por compatibilizar as políticas públicas à arrancada para o desenvolvimento, defendida por governos que pretendiam integrar o Brasil à modernidade econômica, tecnológica e científica internacionais. Esse movimento resultante de uma política externa trouxe consequências para as áreas sociais e, em particular, para a área da saúde, na qual a incorporação desses novos elementos passou a fazer parte do discurso e das propostas oficiais para as profissões emergentes. Nesse contexto, as profissões emergentes, e a Terapia Ocupacional como uma delas, em países desenvolvidos economicamente iniciaram um movimento de busca pela legitimidade, pela ampliação de espaços de atuação e pela mudança da formação profissional para o nível superior. No Brasil, em 1969, tem-se um marco documental importante com o Decreto Lei nº 938/69, que regulamentou a Terapia Ocupacional como profissão de nível superior, em conjunto com a Fisioterapia (68).

A Terapia Ocupacional, a partir desse Decreto Lei passou a ser profissão regulamentada por lei, o que representou um grande avanço para o percurso de crescimento da profissão, mas por um erro histórico, nunca esclarecido publicamente à categoria, traz em seu artigo 4º que: É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente, a finalidade da execução dos métodos e técnicas da Terapia Ocupacional foi direcionada para a capacidade mental do paciente, excluindo a capacidade motora (60).

Naquela época os terapeutas Ocupacionais já atuavam em Reabilitação Física dos indivíduos, a exemplo do surgimento de um dos primeiros cursos superiores de Terapia Ocupacional na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, no Rio de Janeiro em 1959. Essa omissão nunca esclarecida foi minimizada com as publicações criadas a partir da criação do Sistema COFFITO/CREFITOs em 1975 e funcionamento a partir de 1978, destacando a Resolução COFFITO 8/78 que determina em seu artigo 4º que: Constituem atos privativos do terapeuta ocupacional prescrever, ministrar e supervisionar Terapia Ocupacional, objetivando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional do cliente a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade, através de I - elaboração

de testes específicos para avaliar níveis de capacidade funcional e sua aplicação, II - programação das atividades da vida diária e outras a serem assumidas e exercidas pelo cliente, orientação e supervisão do mesmo na execução dessas atividades, III - orientação à família do cliente e à comunidade quanto às condutas terapêuticas ocupacionais a serem observadas para a aceitação do cliente, em seu meio, em pé de igualdade com os demais, IV - adaptação dos meios e materiais disponíveis, pessoais ou ambientais, para o desempenho funcional do cliente, V - adaptação ao uso de órteses e próteses necessárias ao desempenho funcional do cliente, quando for o caso, VI - utilização, com o emprego obrigatório de atividade, dos métodos específicos para educação ou reeducação de função de sistema do corpo humano e VII - determinação: a) do objetivo da terapia e da programação para atingi-lo; b) da frequência das sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma; e c) da técnica a ser utilizada (60).

Da mesma forma, a Resolução COFFITO 81/87 que em seu artigo 1º determina que: É competência do TERAPEUTA OCUPACIONAL elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação cinética-ocupacional, sendo esta um processo pelo qual, através de metodologia e técnicas terapêuticas ocupacionais, são analisadas e estudadas as alterações psico-físico-ocupacionais, em todas as suas expressões e potencialidade, objetivando uma intervenção terapêutica específica; prescrever baseado no constatado na avaliação cinética-ocupacional, as condutas próprias da Terapia Ocupacional, qualificando-as e quantificando-as; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo, dar alta nos serviços de Terapia Ocupacional, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas. Nessa Resolução é reconhecida a atuação do terapeuta ocupacional nas alterações psico-físico-ocupacionais objetivando intervenção terapêutica específica (60).

Ambas as resoluções, assim como outras advindas a partir dessas primeiras, vieram reconhecer a atuação na capacidade funcional, e, não apenas na capacidade mental. Esse processo de profissionalização da Terapia Ocupacional nos aspectos da legislação, também se consolidou no processo da formação acadêmica.

No processo de profissionalização, surgiram lutas decorrentes de conceitos e conteúdos inseridos no currículo mínimo que foram contestadas ou se

transformaram em bandeiras de luta pela profissão. As principais lutas corporativas se deram em busca da autonomia profissional, pois os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas viviam uma subordinação às prescrições médicas. Um exemplo fundamental se deu em meados da década de 1970, como a luta pelo reconhecimento da profissão que ocorreu com a publicação do Decreto Lei nº938/69, onde a Terapia Ocupacional em conjunto com a Fisioterapia passa a ser profissão autônoma, regulamentada por lei, não sendo mais considerada uma profissão que necessitava de uma prescrição de outra categoria profissional, como os médicos, para prestar assistência a um indivíduo ou grupos. As definições da composição do currículo mínimo, também, foi outra disputa entre a categoria profissional. Estas discussões resultaram em lutas corporativas implementadas pela categoria profissional, que era constituída basicamente por profissionais formados pelos cursos criados até a década de 1970, em prol da consolidação da formação do terapeuta ocupacional como profissional de nível superior – status ainda sob certo questionamento no período. Esse processo foi deflagrado a partir de 1980 pela Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil – ATOB e pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, culminando, quatro anos mais tarde, no estabelecimento de um novo currículo mínimo (68).

O novo currículo mínimo vinha minimizar as lacunas existentes no currículo anterior que restringia a atuação do terapeuta ocupacional à assistência terciária no contexto da Reabilitação, não contemplando oportunidades para que pudesse atuar na promoção e prevenção na área da saúde. A formação mais humanística também era uma reivindicação a ser incluída no novo currículo, já que o enfoque biomédico predominava no currículo de 1963.

O Parecer nº 622/82 do CFE, de 3 de dezembro de 1982, define o terapeuta ocupacional como: o profissional da equipe de saúde que faz uso específico de atividades expressivas, lúdicas, artísticas, vocacionais, artesanais e de automanutenção. Avalia, previne e trata indivíduos que, por disfunção de origem física e/ou mental e/ou social e/ou de desenvolvimento, apresentam alterações de suas funções, com o objetivo de promoção da saúde e da qualidade de vida. Avalia as alterações apresentadas pelo paciente nas relações interpessoais, de trabalho e de lazer decorrentes de sua disfunção específica. Cria, desenvolve e acompanha os programas terapêuticos, selecionando métodos, técnicas e recursos apropriados. A Resolução nº 4/83 do CFE de 28 de fevereiro de 1983 fixou o novo currículo mínimo

do curso. A primeira análise coletiva das consequências da implantação do novo currículo mínimo efetivou-se em agosto de 1986, durante o I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, realizado em Belo Horizonte. Nessa análise foi possível se constatar que com a implantação do Currículo Mínimo provocou nos cursos de Terapia Ocupacional existentes a iniciativa de priorização do ciclo profissionalizante dispensando uma carga horária maior para esse nível de formação, grantindo maior qualificação ao profissional e atribuindo num meiro momento, maior peso ao ciclo profissionalizante, ou seja, na formação técnico-científica. No final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, as discussões sobre a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais começam a emergir resultando na sua publicação em 2002 através da Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002 (68)..

Nesse período, se fortalece o movimento de abertura de cursos de Terapia Ocupacional no país através do Sistema COFFITO/CREFITOs e das entidades nacionais da Terapia Ocupacional resultando num incremento na expansão de cursos no país, reduzindo o número de estados que não possuíam o curso de Terapia Ocupacional. No entanto, o que parecia um futuro promissor em relação à expansão dos Cursos de Terapia Ocupacional do país coma abertura de cursos públicos, pouco a pouco foi demonstrando, um cenário preocupante com o fechamento dos cursos privados que não conseguiam fechamento de turmas com número muito superior a 30 alunos, média das turmas de Terapia Ocupacional. Esses dados demonstram que embora se verifique no período uma expansão da oferta dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, esse processo atingiu algumas unidades da federação, havendo, ainda em 2004, 11 delas sem oferta de cursos (68).

Um estudo realizado sobre o estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde aponta que a inovação curricular é um assunto atual quando o *locus* da discussão é o ensino superior e, em específico, os cursos de formação em saúde. Os autores referem que foi sobretudo a partir da década de 1990, que as pesquisas começaram a questionar os currículos disciplinares e as formas de ensino utilizadas, assim como defender propostas de currículos integrados, que estejam próximos da vida cotidiana e da comunidade, que levem em consideração: os conteúdos cognitivos, o trabalho com o corpo, as emoções, as habilidades e os valores sociais (69).

Em 2007, o COFFITO, através da Comissão de Educação de Terapia Ocupacional, elabora um planejamento para mobilização junto às instituições de ensino superior, baseado em estudo realizado no âmbito interno do Conselho Federal, onde se identificou um déficit de 45.000 terapeutas ocupacionais para atendimento das demandas do SUS no país. Naquele ano, foram enviados ofícios solicitando a abertura de cursos de Terapia Ocupacional para todas as instituições de ensino superior públicas federais e para algumas estaduais. Foram iniciadas visitas locais às instituições de ensino superior, onde em algumas instituições, como na Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, membros do COFFITO e CREFITOS passaram a fazer parte da Comissão Pedagógica para elaboração do Projeto Político Pedagógico, com financiamento do deslocamento dos profissionais pelo Conselho Federal. A UFPA iniciou o curso em 2009, enquanto que a do Rio Grande do Norte teve a verba suspensa para abertura do curso e até o momento se encontra em tramitação. Com o movimento criado, cerca de dez cursos públicos foram abertos no Brasil, concomitantemente, os cursos privados, diante da lógica de maior lucro com criação de turmas de 60 a 120 alunos, passaram a fechar os cursos de Terapia Ocupacional que não atingia esse patamar excessivo.

Na perspectiva de ampliar a divulgação da Terapia Ocupacional, foi promovido um momento de discussão sobre a formação do terapeuta ocupacional para o SUS através da organização de uma oficina intitulada Equidade, Ética e Direito à Saúde: Formação e Ação da Terapia Ocupacional, que ocorreu em 2007, em Salvador, Bahia, promovida pela Comissão de Educação em Terapia Ocupacional do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, durante o V Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A oficina contou com o palestrante, o Deputado Federal Odorico Monteiro que participou com palestra sobre a atuação nos três níveis de atenção, desde a atenção básica até a média e alta complexidade na perspectiva da compreensão da equidade como pressuposto dessa atuação, das questões éticas permeando os dilemas encontrados na atuação profissional e o reconhecimento da saúde como direito. Um dos grupos de discussão dedicou-se ao mapeamento e descrição da formação do terapeuta ocupacional, constatando: “a necessidade de uma reorganização curricular com ênfase na atenção básica, já que os currículos atuais, como nas demais profissões de saúde, valorizam a média e alta complexidade em detrimento da atenção básica, que

apresentam de forma incipiente, a dificuldade de articular estágios em virtude da ausência de terapeutas ocupacionais nos serviços; a necessidade de maior envolvimento dos profissionais com as demandas regionais e de maior articulação entre universidades e serviços” (55).

Nesse grupo foi considerada a heterogeneidade de implementação das DCN nos diferentes cursos, a necessidade de fortalecimento dos vínculos entre serviços e escolas e de se conhecer as demandas regionais de saúde para orientar a formação dos estudantes, a necessidade de implantação de Residências Multiprofissionais em APS e de superação do modelo biomédico na formação do terapeuta ocupacional, assim como a necessidade de se organizar eventos que fortaleçam a discussão sobre a formação e atuação dos terapeutas ocupacionais no SUS (55).

Durante muito tempo a formação do terapeuta ocupacional esteve direcionada para a prática assistencial. Porém, as demandas institucionais e populacionais se transformam historicamente, levando os profissionais a enfrentarem situações que lhes exigem habilidades e competências antes não designadas, como por exemplo, terapeutas ocupacionais ocupando cargos de gestão, em atividades de gerência de serviços, auditorias, planejamento, vigilância sanitária. Essas novas ações vem se refletindo na formação acadêmica com discussões sobre o novo perfil profissional que vai além da capacidade técnica e com investimentos nessa capacitação com fundamentos básicos.

A formação de nível superior no Brasil deslocou-se do enquadramento de mera formação técnica, para uma formação crítica e reflexiva, e não apenas técnica. Neste sentido, entende-se que a formação superior no Brasil tem indicado a necessidade de formação de profissionais com um perfil que possa responder às demandas sociais e institucionais, o que requer habilidade e conhecimento para atuar nesse campo. A posição governamental indica que o profissional tem que formar-se, habilitado para desempenhar funções assistenciais, assim como gerenciais, educativas, de controle e avaliação e docência. Ressalta-se que para o MEC, o profissional graduado deve sair da universidade, preparado para enfrentar as transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do seu exercício profissional. O MEC propõe ainda que o profissional formado em Terapia Ocupacional tenha em seu currículo acadêmico a possibilidade de desenvolver aspectos não somente voltados à área da assistência, mas também diretamente ligados ao gerenciamento de serviços.

Segundo Pádua e Ferriotti (2013), Terapia Ocupacional da prática delineando-se como profissão após o reconhecimento da eficácia de tais práticas. Ampliou-se para múltiplas áreas de atuação, desenvolvendo técnicas e fundamentações teóricas a partir das especificidades de cada especialidade. Desenvolveu uma diversidade de métodos, técnicas e objetivos e concepções de “atividade” e sustentou-se, ao longo de sua história, em alguns princípios básicos, como: preocupação com o campo ocupacional e/ou atividade humana; busca de autonomia, desenvolvimento de potencialidades e habilidades; inserção e participação social, qualidade de vida e exercício da cidadania; adequação de técnicas de utilização da atividade como instrumento de tratamento e/ou transformação do homem e seu ambiente e uso da atividade como forma de expressão e comunicação (70).

Ressalta-se que o campo da Terapia Ocupacional torna-se mais complexo ao pensarmos que a formação de acordo com as DCN deve ser generalista, uma vez que o terapeuta ocupacional não restringe sua ação somente ao campo da saúde. Atualmente o terapeuta ocupacional atua na esfera social, educacional e cultural, produzindo conhecimento e sedimentando sua atuação para além – e fora – do campo da saúde. Além disso, o curso de Terapia Ocupacional da Unifesp apresenta outra singularidade que provoca desdobramentos no processo de revisão da matriz curricular. O curso faz parte de um *campus* que tem como diretrizes em seu projeto pedagógico a ênfase na interdisciplinaridade e na educação interprofissional, dois aspectos que nos convocam a pensar como transitar entre núcleos e campos de saber entre o comum e o específico (69).

Desta forma, os indivíduos que se vinculam a Terapia Ocupacional criam um espaço que só existe de alguma forma a partir dessas vinculações e pelas relações objetivas que eles mantêm entre si. É a partir da estrutura das relações objetivas entre os indivíduos que se estabelece o que eles podem e não podem fazer, em acordo com a posição que ocupam no campo, como a posição de estudante, docente, profissional de campo, gestor de um serviço de Terapia Ocupacional (69).

Segundo Montagner (2010) o conceito de *habitus* exige uma hermenêutica pouco evidente e um arsenal de provas não negligenciável. Ele demanda apelo a variáveis geracionais, quantitativas, grupais, de efeitos de trajetórias, de análise histórica de grupos o tempo; do mesmo modo no caso da análise de um campo, mas envolve também variáveis menos objetivas, mais qualitativas e subjetivas. Mesmo se conseguimos objetivar estatisticamente um *habitus*, resta inanimada toda a sua

dimensão de *ethos*, de conteúdos de imagens e representações. Outro argumento pode ser aduzido: não desenvolvemos ainda, na sociologia, elementos de captação e sistemas de análise capazes de bem determinar a “linguagem corporal”, ou por outra, a *hexis* como ela se nos apresenta. Mesmo se exemplificada e analisada externamente, falta uma técnica alentadora e eficaz no manuseio desse tipo de dado. Um ensaio muito convincente e já clássico foi realizado por Gregory Bateson, no qual catalogou e expôs o repertório das técnicas corporais dos nativos de Bali, para mostrar os esquemas de classificação embutidos nessas técnicas e que exprimem o estilo ou o *habitus* que preside o uso do corpo (71).

Para Montagner (2010), o conceito de campo surge na obra de Bourdieu em um período mais tardio, e de certa forma eclipsou seu primeiro conceito fundamental, o de *habitus*. O fato se deve, para o bem ou para o mal, que o conceito proporciona ganhos heurísticos evidentes no trabalho de pesquisa, sem remeter ao *corpus* teórico de Bourdieu. Vale dizer, pode e passou a ser utilizado de forma heterônoma, sem a concorrência do par teórico representado pelo *habitus*. Sua utilização permite, como se fora uma profecia auto-realizável, ao mesmo tempo uma análise de um determinado espaço social específico e, nos casos nos quais ainda não existia um determinado campo, a sua própria inauguração fundadora (considerando que os intelectuais são os operadores da criação simbólica). Passou a ser corriqueiro, pessoas investirem na análise de setores sociais, nomeando-os como campo e, em seguida, tornarem-se especialistas nesse campo, como no exemplo da “terceira idade” na França, apontado por Lenoir (71).

A força de trabalho dos terapeutas ocupacionais também apresenta desvantagem quanto ao quantitativo de profissionais no país, pois têm cerca de dezoito mil profissionais em todo o Brasil, concentrados nas regiões metropolitanas com desassistência nas regiões interioranas, sendo a maior concentração na região sudeste. O capital social vem em franca expansão, pois temos elevado de forma significativa o número de doutores, mestres, profissionais com títulos de especialistas e profissionais com especialização acadêmica. Os cursos de pós-graduação são na maioria em áreas afins ou áreas coletivas, e com mestrado em duas instituições de ensino superior, uma com a Fisioterapia (UFMG) e outra com a Fisioterapia e a Fonoaudiologia (USP). No entanto, o país possui mestrado e doutorado específicos da profissão em uma instituição de ensino superior (UFSCAR) (72).

O campo é uma área do mundo social que ocupa uma determinada posição, onde se desenvolve uma interação conflituosa entre as regras do jogo impostas pelo campo, e o *habitus* do ator que se conforma a essas regras para participar legitimamente do conflito que surge da intenção de realizar seus interesses no campo em que entram. Então, para entrar no campo acadêmico, é necessário aceitar as regras que governam lá, lutar para se posicionar em uma posição que permita reivindicar e fortalecer os próprios interesses - de prestígio, hierarquia, poder acadêmico, questionando as regras conservadoras e excludentes, mas sem destruí-los, sob pena de destruir todos os campos que está tentando conquistar (73).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional enquanto um *campo em construção* pode ser entendida como um espaço relativamente autônomo, um microcosmo que jamais escapa as imposições do macrocosmo, dispondo assim de uma autonomia parcial, relativa, onde estão inseridos indivíduos e estruturas sociais que produzem, reproduzem e difundem a Terapia Ocupacional. Nesse sentido, a constituição da profissão é marcada por linhas de forças e de luta para conservar-se e legitimar-se no campo da saúde. Desta forma, os indivíduos que se vinculam a Terapia Ocupacional criam um espaço que só existe de alguma forma a partir dessas vinculações e pelas relações objetivas que eles mantêm entre si. É a partir da estrutura das relações objetivas entre os indivíduos que se estabelece o que eles podem e não podem fazer, em acordo com a posição que ocupam no campo, como a posição de estudante, docente, profissional de campo, gestor de um serviço de TO, diretor de uma organização profissional. No que se refere ao *habitus profissional* há que se acrescentar que os indivíduos possuem um *senso prático*, uma espécie de sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão de estruturas cognitivas duradouras e de esquema de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. Isto é, em suma, o *habitus* pode ser entendido como o *senso prático* dos terapeutas ocupacionais que indica o que se deve fazer em dada situação, isso é, a arte de antecipar o futuro (74).

O processo de desenvolvimento de fundamentos teórico-práticos da TO é indicativo de como a incorporação de modelos de intervenção motivaram lutas entre terapeutas ocupacionais que produziram mudanças na estrutura do campo. Essas mudanças decorreram das estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais na luta pela conservação ou modificação do seu *habitus* profissional e, conseqüentemente, do campo propriamente dito. Ao considerar a TO como um

campo, pode-se entender o *habitus* como um elemento mediador das posições dos terapeutas ocupacionais no espaço social (74).

Tentando atingir a integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem criado novas oportunidades para diversas categorias profissionais na rede. Este é o caso da Terapia Ocupacional, que possui características que favorecem sua inserção no atual sistema público de saúde no Brasil. A Terapia Ocupacional, em sua formação peculiar, sempre buscou ver o ser humano de forma integral, holística e contextualizada não nos aspectos clínicos, apenas, mas na dimensão social, tendo a visão do indivíduo de forma integral. Qualidade de vida, cidadania, prevenção, promoção da saúde são termos bem próximos da Terapia Ocupacional e são, também, termos próprios do SUS. Se por um lado, a grande diversidade do campo de atuação do terapeuta ocupacional, prejudica no aspecto da fixação da divulgação da imagem da profissão. Por outro lado, essa “diversidade de suas áreas de atuação (saúde mental, a reabilitação, prática hospitalar, área educacional, social e outras) garante ao terapeuta ocupacional uma formação geral e ampla, que vem sendo valorizada no atual sistema de assistência à saúde.” Quando normais e estigmatizados se encontram, os estigmatizados assumem suas características distintivas e os normais tentam suavizar e melhorar suas atitudes em relação à pessoa com o estigma. Nas relações sociais, todos estão suscetíveis à estigmatizações e no campo profissional não é diferente.

Na área da saúde, a hegemonia médica, modelo que trata o saber médico como absoluto, como referência sobre as demais profissões da saúde, durante muito tempo prejudicou o reconhecimento da autonomia profissional do terapeuta ocupacional que vem sendo superada ao longo dos anos pelas mobilizações da categoria profissional e suas representações. Em uma interação social, as manipulações da identidade estão presentes e são usadas de acordo com a situação. No campo profissional específico da saúde, também acontece algo similar. “Algumas profissões são estigmatizadas, outras mais valorizadas. Os médicos, por tradição, detêm o maior prestígio entre os profissionais da saúde, e as outras profissões são muitas vezes vistas como menos importantes, algumas mais, outras menos.” Essa luta pela valorização profissional tem sido realizada pelo trabalho cotidiano de qualidade dos profissionais e pelas ações das nossas entidades representativas, divulgando os Fazeres do terapeuta ocupacional e lutando pelos seus direitos (75).

Os exemplos citados mostram como a profissão é afetada por esse desconhecimento social. A regulamentação, relativamente recente, da Terapia Ocupacional no Brasil, por si só, não é suficiente para justificar essa falta de reconhecimento, já que a Fisioterapia foi regulamentada na mesma data, através do mesmo documento, e atualmente conta com muito mais visibilidade. De acordo com o INEP, no ano de 2009, os cursos de graduação em Terapia Ocupacional no país eram 53, enquanto que os de Fisioterapia eram 491. Atualmente, existem mais de 80 registrados no INEP, mas apenas 32, em funcionamento, enquanto que já existem mais de 1.000 cursos de Fisioterapia no Brasil. Sobre a quantidade de profissionais, o site do DATASUS, em maio de 2010, nos mostra que, no Brasil, o número de fisioterapeutas atuando no SUS é 54.635, enquanto o de terapeutas ocupacionais é 8.795.

A Terapia Ocupacional é uma profissão predominantemente de funcionários públicos, enquanto que os fisioterapeutas são muito empreendedores. Existe, sem dúvida, a necessidade de estudos a respeito das discrepâncias entre as duas profissões. Uma ideia que pode ajudar a compreender o porquê do maior desenvolvimento da Fisioterapia é aquela já citada no início deste trabalho, relacionada à indústria médica. No que se referem ao registro profissional, os órgãos responsáveis são o conselho federal e os regionais (respectivamente, COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, em cada região, o CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). Os conselhos são compartilhados, ou seja, não tratam apenas da Terapia Ocupacional, eles também se referem à Fisioterapia. Como consequência, a presidência destes e os cargos mais importantes sempre estão entre os fisioterapeutas, já que, em geral, são eleitos quantitativamente por votos. Logicamente, isso reforça certa posição coadjuvante da Terapia Ocupacional, refletindo de forma negativa na sua identidade profissional (75).

4.6 A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Atualmente, o terapeuta ocupacional está inserido em diferentes serviços da saúde, da educação, da assistência social, da cultura e da justiça. Estudar a

constituição do campo da produção da saúde e da participação do terapeuta ocupacional enquanto agente deste campo requer abordar como vem sendo construída a produção de saberes e práticas neste domínio. Pensar a constituição dos campos específicos da Terapia Ocupacional implica, portanto, em inscrever o debate no diálogo epistemológico mais amplo, contextualizando os processos históricos que permeiam a fundação da profissão, o desenvolvimento de suas práticas e suas reorganizações. Para começar, estudar a constituição dos campos na Terapia Ocupacional no Brasil nos remete à primeira fase da produção das práticas e saberes da profissão que, grosso modo, se deu dos 1950 aos 1980. Neste período, partia-se de uma definição nuclear única da Terapia Ocupacional, que era então 'aplicada' às especialidades médicas, doenças, doentes, deficiências e condições. Foram os tempos da *Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia*, a *Terapia Ocupacional aplicada à artrite reumatóide*, ao deficiente mental, às condições sociais, para citar alguns. A reorganização das políticas públicas e da assistência no Brasil, que começou a ganhar forma a partir de meados dos anos 1980, permitiu reconfigurar os saberes e práticas da Terapia Ocupacional em novos campos de legitimidade (72).

No decorrer dos tempos, com o desenvolvimento de fundamentos teórico-práticos da Terapia Ocupacional juntamente com as lutas políticas da profissão, muitas mudanças foram se processando nesse processo dinâmico de construção de uma identidade profissional. A incorporação de modelos de intervenção motivaram lutas entre terapeutas ocupacionais que produziram mudanças na estrutura do campo. A diversidade de campos de atuação do terapeuta ocupacional facilitou os processos de expansão das ações de intervenção na saúde de forma mais expansiva e reconhecida socialmente, mas em outras políticas sociais também ocorreram. Essa diversidade contribuiu na divulgação da Terapia Ocupacional na comunidade acadêmica e na sociedade de forma ainda ínfima, mas, ao mesmo tempo, produziu conflitos decorrentes da pulverização de muitos fazeres, em áreas diversas. A saúde mental e a reabilitação voltada às pessoas com deficiência são as de maior dimensão e reconhecimento social, mas, muitas vezes, se contrapõem a modelos ditos importantes para a Terapia Ocupacional por serem contraditórios entre as áreas de atuação. Essas mudanças decorreram das estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais na luta pela conservação ou modificação do seu *habitus* profissional e, conseqüentemente, do campo propriamente dito. Ao

considerar a Terapia Ocupacional como um campo, pode-se entender o *habitus* como um elemento mediador das posições dos terapeutas ocupacionais no espaço social (76).

O ensino da bioética deve permitir a todos exercerem suas responsabilidades próprias ante as novas situações derivadas do avanço das ciências da vida. Esse ensino já existe como testemunham os primeiros resultados da enquete lançada pelo Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Mas se trata essencialmente de ensino profissionalizante, destinado primeiramente aos médicos e aos juristas. Faz-se necessário completá-lo com um ensino de vocação geral, se de fato a bioética, verdadeiro aprendizado da modernidade, deve fazer parte da cultura geral do século XXI. Não se deveria, evidentemente, colocar em questão o interesse dos ensinamentos específicos da bioética dentro de cursos profissionalizantes. Bem ao contrário, as responsabilidades específicas dos profissionais, quer se trate de pesquisadores, de médicos, de juristas, tornam indispensáveis estas formações para guiá-los em sua prática. Se o escopo da bioética deve ser multidisciplinar, resta saber se é preferível tê-la dentro de uma formação disciplinar clássica-com o educador encarregado, responsável por recorrer às competências de outros participantes, segundo as modalidades que ele pode definir ou se deve constituir uma nova disciplina por inteiro. Nessa última hipótese se coloca o problema da concepção da formação a ser usada pelos futuros professores de bioética (76).

Atualmente é reconhecido que o modelo tecnicista e biomédico, centrado na doença e não na saúde, não dá mais conta da realidade contextualizada e não apresenta resultados satisfatórios. Mas, se de um lado vínhamos nos deparando com conteúdos fragmentados e desarticulados, a criação das DCN veio tentar uma maior consolidação da articulação dos conteúdos. Paralelamente a este enfoque tecnicista, fragmentado e desarticulado, a formação e o ensino da ética profissional nas áreas da saúde têm se restringido aos aspectos deontológicos e legais, sem correlação com uma abordagem holística do paciente. Em trabalhos de eventos, observamos muito a predominância dos estudos dos Códigos de Ética Profissional que são importantes ser realizados, mas não com domínio predominante de conteúdo. Ocorre que a deontologia pode ser entendida como o estudo dos deveres dos profissionais tendo como base um marco ético e jurídico - os códigos de ética - e, portanto, insatisfatório para formar profissionais contextualizados com os

problemas éticos relacionados com os avanços tecnológicos, com as demandas sociais contemporâneas e com o próprio quadro atual da saúde no país (50).

A expansão da Bioética no Brasil vem se dando ao longo dos anos com a necessidade de mudanças no perfil profissional, consolidada na publicação das Diretrizes Curriculares da Terapia Ocupacional em 2002 onde se determina que o aluno deva ter um perfil crítico e reflexivo e sobre os conteúdos da sua formação e sobre sua conduta profissional a ser construída de forma contextualizada com a realidade atual, implica na necessidade de avaliação dos projetos políticos pedagógicos quanto à presença da Bioética na formação e a efetividade da forma como está sendo introduzida a Bioética nos Cursos de Terapia Ocupacional.

Assim, de modo mais ou menos intensivo, o ensino de bioética vem sendo gradativamente estudado como proposta a ser incorporada a todos os 15 níveis de formação. Provavelmente, o grande desafio pedagógico para a bioética como disciplina seja a construção de seus conteúdos, como deve ser estruturada, como ela é definida em termos de domínio das concepções teóricas e seus objetivos. Tais desafios podem ser considerados como os principais desafios a serem ultrapassados, principalmente porque a bioética não é uma disciplina definitiva e consolidada, nem nos seus conteúdos, nem nos seus limites teóricos e muito menos com relação às metodologias utilizadas para seu ensino (50).

Com as transformações e o novo ritmo que começou a ser experimentado no contexto internacional da Bioética, o escopo da ética aplicada deixou de ser considerado como de índole supraestrutural, meramente individual ou específico para, ao contrário, passar a exigir participação direta da sociedade civil nas discussões com vistas ao bem-estar futuro das pessoas e países. A questão ética, pois, adquiriu identidade pública; deixou de ser considerada apenas uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual ou exclusivamente íntimo (69).

A América Latina teve um papel referencial na recente ampliação e politização na agenda bioética internacional que se fundamentou - decididamente - com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.

Nesse contexto, se vem acompanhando algumas discussões da Bioética no Brasil, desde a década de 1990, onde já apontamos nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Terapia Ocupacional a necessidade dessa temática, tendo na posição atual de conselheira efetiva e membro da Comissão de Ética e Deontologia de

Terapia Ocupacional do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional influenciado a introdução dessa temática na discussão da atualização e do novo Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional (CEDTO/COFFITO) (60) que adquiriu formato próprio, separadamente, do Código e Deontologia de Fisioterapia. No Código anterior a Resolução COFFITO 10, trazia de forma conjunta às duas profissões. No novo Código de Ética e Deontologia está expresso a importância da Bioética, em artigos como: Artigo 8º – O terapeuta ocupacional deve se atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, capacitando-se em benefício do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade e do desenvolvimento de sua profissão, devendo se amparar nos princípios bioéticos de beneficência e não maleficência, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente. No artigo 41 é determinado que no exercício da docência, da preceptoria, da pesquisa e da produção científica, o terapeuta ocupacional norteará sua prática de ensino, pesquisa e extensão nos princípios deontológicos éticos e bioéticos da profissão e da vida humana, observando: I – que a crítica a teorias, métodos ou técnicas seja de forma impessoal, não visando o autor, mas o tema e seu conteúdo; II – que ao utilizar dados e imagens que possam identificar o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, seja obtida autorização prévia por escrito, ou outra forma legal de autorização destes ou de seus representantes legais no termo de consentimento livre e esclarecido, ou no termo próprio de liberação para uso de imagem (77).

Com esse enfoque a formação dos terapeutas ocupacionais passa a ser compreendida nos princípios da Bioética e não apenas da Deontologia, consolidando um perfil profissional crítico, reflexivo, capaz de compreender e agir nas questões referentes aos direitos humanos, cidadania, autonomia, justiça social e demais temas incorporados aos debates da Bioética (34).

Nos vários códigos deontológicos identificam-se passagens que estabelecem relações entre os deveres do profissional e os avanços tecnocientíficos. Em princípio, encomendando a escolha mais adequada à luz dos conhecimentos científicos, mas em favor dos pacientes, ainda que numa visão ética antropocêntrica. O profissional tem o dever de utilizar os recursos diagnósticos e terapêuticos que ofereçam maiores benefícios aos seus pacientes e também, acrescenta-se, sem o propósito de distorcer o dispositivo citado a coletividade. O Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional foi publicado em conjunto com a Fisioterapia,

em 1978, Resolução COFFITO-10, tendo passado 35 (trinta e cinco) anos sem atualização, tornando-o obsoleto, mesmo reconhecendo que alguns conteúdos são perenes no contexto da ética e bioética como respeito à vida humana. Além das questões atuais das legislações vigentes em descompasso com a Resolução COFFITO-10, os avanços no campo técnico-científico e político, também apresentavam contrapontos com o Código e necessidade de inclusão de temáticas atuais (77).

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, Resolução CNS nº06/2002, contribuiu para reforçar a necessidade da reformulação do Código de Ética Profissional da Terapia Ocupacional que era em conjunto com a Fisioterapia, atualmente apresentado separadamente do Código Profissional da Fisioterapia, o que permite a possibilidade de aproximação entre as discussões que envolvem Ética e Bioética à prática profissional específica da Terapia Ocupacional. 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 (46).

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, observados 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. Com isso, e por se tratar de uma profissão que prioriza as atividades e ocupações significativas 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, já que atualmente pesquisas apontam para uma educação ainda pautada na arrogância pessoal e necessidade do poder, que expõem dificuldades para encontrar soluções diante dos conflitos (46).

Para Paulo Freire, ninguém luta para um dia conquistar a liberdade como resultado isolado da luta. A luta é a própria materialização em curso da liberdade; ao lutar, homens e mulheres vão se fazendo e se refazendo historicamente e este processo relacional, em busca de libertação, se confunde com o próprio fluir da humanização, do qual ninguém deve ser excluído. Por conta disso, a

conscientização e libertação a que Freire se refere são acontecimentos históricos eminentemente solidários: ninguém se conscientiza, se educa ou se liberta sozinho. Em conexão com os artigos da DUBDH, que estimulam a solidariedade, responsabilidade social e respeito pelos saberes e culturas dos outros (artigos 8, 12 e 14), Freire defende que a liberdade de um dependerá sempre da liberdade de todos; daí a necessidade de que se firme um compromisso coletivo com a mudança estrutural da sociedade; mudança esta que jamais se configure como uma ofensa à autonomia, à dignidade e/ou “substantividade” de ninguém (18).

Além do enfoque teórico-reflexivo que há por trás das discussões, é fundamentalmente sobre as questões do cotidiano que a Bioética se baseia e discute na busca das possíveis soluções e na formulação dos consensos. Ou seja, todos nós, direta ou indiretamente, estamos envolvidos nesses conflitos e, frequentemente, somos instigados a julgar e decidir assumindo posicionamentos. A escola, a universidade ou qualquer outra instituição de ensino, que trabalham na formação dos sujeitos e que desempenham tal papel frente a uma diversidade de culturas e ideias, precisam estar preparadas à discussão das questões éticas. Além disso, é importante que nesses ambientes aconteça o incentivo primeiro ao envolvimento e à participação dos alunos nas discussões dos problemas atuais (45).

Entre as ideias emergentes dos conteúdos dos textos, e que convergem diretamente com as questões desta pesquisa, evidencia-se na maior parte destes, a preocupação em referir as implicações da integração da Bioética em outras disciplinas já existentes nos currículos formativos. Sobretudo, esse aspecto reflete uma perspectiva de viabilidade e adequação da Bioética ao longo de todo o curso e como tema comum, transversal, a todas as áreas do conhecimento.

5 METODOLOGIA

Foram realizadas análises documentais nos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, em universidades públicas, para identificar conteúdos de Bioética, bem como foram aplicados questionários junto a docentes, de forma presencial ou on line, que tenham solicitado inscrição na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (Reneto) independente de sua regularidade pecuniária ou cadastral, para conhecer suas percepções sobre Bioética e se reconhecem ser importante da formação do terapeuta ocupacional.

Após classificados os projetos pedagógicos por grupos determinados, foi realizada a análise documental demonstrada em gráficos específicos para obtenção de um quadro demonstrativo que permite ter uma visão geral da Bioética nos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, em universidades públicas no Brasil.

Os questionários foram aplicados com docentes, de forma *on line*, assim como, distribuídos com docentes em evento, que tenham solicitado inscrição na Reneto independente de sua regularidade pecuniária ou cadastral, para conhecer suas percepções sobre o tema em pauta. As respostas dos questionários foram colhidas com vistas a obter os dados necessários com a pretensão de realizar uma análise da identificação e reconhecimento da Bioética na formação do terapeuta ocupacional na realidade brasileira.

Nessa análise foram utilizados os pressupostos da BI como referência teórica, complementando com os princípios da DUBDH para identificar o reconhecimento da Bioética nos Cursos de Terapia Ocupacional, assim como, conteúdos da BI. Diante das novas transformações da sociedade com dilemas éticos fazendo parte dos cotidianos, com impasses entre os avanços tecnológicos e os valores humanísticos na relação do cuidar do outro, na perspectiva da atuação na área da saúde, é imprescindível que se discuta a inserção dos conteúdos humanísticos na formação desses profissionais, e, nesse contexto, destacamos a Bioética, como conteúdo de interesse desse estudo. No mundo atual, os avanços tecnológicos na saúde, impulsionam a uma mudança de postura frente às relações humanas do cuidado com o outro, sendo constantemente questionada e refletida a prática profissional dos membros de uma equipe de trabalho.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho consiste em um estudo bioético, descritivo-analítico, com abordagem quantitativa, sendo realizado nas seguintes fases:

1ª) Pesquisa documental - Captação de projetos pedagógicos das universidades públicas, federais e estaduais, para realizar uma análise documental para identificação dos conteúdos da Bioética nos projetos políticos pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional no país, sendo 79 cursos de Terapia Ocupacional registrados no MEC e apenas 32 em funcionamento, destes 20 são cursos públicos. Devido à crise vivenciada em grande parte dos cursos privados, sem fechamento de turmas nos vestibulares por não alcançarem os parâmetros quantitativos mínimos de ingressantes, na lógica do lucro nas empresas, em média os mínimos de 60 por turma, alguns cursos suspenderam vestibular e se encontram com as turmas em fase de conclusão para posterior fechamento ou ativos, mas sem alunos. O curso que foi aprovado para funcionamento, antes do início da coleta de dados, não fez parte do estudo pela análise dos projetos pedagógicos, por não possuir docentes concursados para o preenchimento dos questionários, sendo o caso do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Ceará.

2ª) Análise dos Projetos Pedagógicos:

Os Projetos Pedagógicos foram analisados através de itens relacionados à região de origem, ano de publicação, carga horária do curso, a integralidade curricular presente no curso, disciplina de Bioética ou como conteúdo de outra disciplina, modalidade da disciplina quanto à obrigatoriedade, período em que a disciplina está inserida e conteúdos das ementas das disciplinas. Os dados foram levantados, analisados e demonstrado através de 9 (nove) gráficos.

3ª) Aplicação dos questionários com docentes inscritos na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO). Esses questionários foram enviados via on line, em número de 128 questionários, para o preenchimento dos docentes, mas também foram distribuídos, em número de 100, presencialmente, durante o Encontro Nacional dos Docentes de Terapia Ocupacional que ocorreu, em Santos, São Paulo. No preenchimento dos questionários pelos docentes não houve interferência da autora, inclusive tendo sido permitido entregar, em outro dia do

evento após a distribuição. Os questionários on line foram distribuídos em outubro de 2018 e recebidos até março de 2019.

4ª) Diário de campo: As anotações do diário de campo foram realizadas através de pesquisa bibliográfica, visitas a alguns cursos de Terapia Ocupacional, apresentação de trabalhos em eventos, debates com alguns profissionais sobre Bioética, pesquisas em redes sociais sobre a temática. O levantamento de material bibliográfico foi realizado através da identificação de artigos nacionais e internacionais que abordassem o objeto por meio de estudo proposto referente ao ensino da Bioética na Terapia Ocupacional. Para esse levantamento foram mapeados conteúdos sobre o ensino da Bioética de forma geral, independente do grau de instrução, tanto que foram identificados produtos relacionados ao ensino no nível superior em sua maioria, mas, também no nível médio, assim como, conteúdos que abordassem ensino da Bioética em outras formações profissionais, principalmente, voltados para os profissionais da área da saúde. Foram identificados artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, num contingente bem menor que os nacionais.

Considera-se que o diário de campo além de auxiliar na releitura dos dados, permite a anotação de questões e observações constantemente realizadas, mantendo-as ligadas ao seu registro inicial e em ordem cronológica, disponibilizando assim um registro sequencial das reflexões do autor. As anotações foram registradas de forma breve e imediata, pois em leituras, visitas às instituições de ensino superior ou em eventos de Bioética e de Terapia Ocupacional que foi possível participar, novas ideias, contribuições de terapeutas ocupacionais e de outros profissionais, apresentação de trabalhos de bioética, trazem dados importantes para as anotações do Diário de Campo, na subsequente coleta de dados, na sua posterior análise, na avaliação dos procedimentos metodológicos, do referencial teórico e na análise dos resultados desse trabalho.

As fases foram realizadas conforme a descrição no projeto de pesquisa, tendo a seguinte descrição:

a) Pesquisa documental: Foram utilizados, também, documentos públicos, entre leis e resoluções. A legislação compreendeu a Lei nº 9.394, de 20/12/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Resolução CNE/CES nº06/2002, Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional, Decreto Lei nº938/69 que regulamentou a profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, Lei nº 6.316/75

que criou o Sistema COFFITO/CREFITOs, Resoluções COFFITO nº08/78,81,425/13, Projeto de Lei nº7647/10 que tramita na Câmara dos Deputados para atualizar a regulamentação de Terapia Ocupacional.

b) Procedimentos de Coleta de Dados:

1º) Captação de projetos pedagógicos das universidades públicas federais e estaduais: a captação dos projetos pedagógicos se deu diretamente nos sites dos cursos de Terapia Ocupacional e através de visitas diretas em alguns cursos. Alguns projetos pedagógicos foram atualizados recentemente, sendo o mais recente em 2017, e, nenhum em 2018. Alguns projetos pedagógicos estão com mais de dez anos sem atualização, estando a maioria dos projetos coletados, atualizados. O projeto da Educação de carga horária mínima de 3.200 horas para o Curso de Terapia Ocupacional, assim como, para outros cursos de saúde como Fonoaudiologia, Biomedicina, Educação Física, e outros, as instituições privadas adequaram suas cargas horárias para esse novo padrão, reduzindo disciplinas. Essa questão necessitaria de aprofundamento nessa análise de forma comparativa entre as universidades públicas e privadas, pois se havia pressão nas instituições privadas para redução da carga horária, não se identificava esse movimento nas universidades públicas.

Nesse estudo, foi realizada uma primeira fase de organização do material, numa seleção documental de forma analítica, buscando diferenciar os Projetos Pedagógicos por inserção da Bioética nesses documentos, sendo um grupo selecionado dos que possuem disciplinas próprias de Bioética, específica ou compartilhada com outras disciplinas como Ética e Deontologia, o segundo grupo onde a Bioética consta como conteúdo da disciplina de Ética e Deontologia, o terceiro grupo onde a Bioética é incluída em outras disciplinas e o último, o quarto grupo onde a Bioética é inserida no ensino através de outras atividades como visitas, seminários, palestras.

2º) Aplicação dos questionários: Os questionários possuíam perguntas objetivas e perguntas subjetivas, sendo essas últimas, em maior parte. Todas as perguntas foram criteriosamente selecionadas para atingir os objetivos traçados nesse estudo. Os questionários possuíam 15 (quinze) questões, sendo 3 (três) fechadas, 2 (duas) com a primeira parte fechada e uma opção de resposta aberta e 11 (onze) abertas direcionadas a suas percepções sobre Bioética referentes ao Curso em que lecionam e aos seus conhecimentos próprios sobre o tema. Foram enviados 128

(cento e vinte e oito) questionários de forma on line para docentes e distribuídos 100 (cem) questionários impressos durante o Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, em Santos (SP), em novembro de 2018. Alguns docentes preencheram no local e entregaram, não tendo nenhuma interferência da pesquisadora durante o preenchimento, mas apenas ficando à disposição se quisessem esclarecer alguma dúvida. A maioria dos docentes levou para preenchimento e posterior devolução. Durante o evento, apenas 21(vinte e um) docentes fizeram a devolutiva do material diretamente à pesquisadora. A metade dos docentes que recebeu o questionário entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado, se comprometendo a entregar o questionário até o final do evento ou enviar, posteriormente, por email, o que não ocorreu. Dentre esses docentes se encontravam os que lecionavam ou já lecionaram disciplinas com conteúdos de bioética, mas a quase totalidade nunca ministrou esse conteúdo, mas, possui participação em pesquisas em suas instituições de ensino superior, já tendo discutido, minimamente, esse enfoque da Bioética, em relação às normas da pesquisa e alguns participam ou já participaram de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os materiais utilizados na pesquisa foram os textos para levantamento bibliográfico (artigos e livros), questionários, diário de campo; roteiro de observações. O diário de campo foi utilizado para realizar anotações durante as visitas aos cursos de Terapia Ocupacional, participação em eventos de Bioética e de Terapia Ocupacional.

Foi realizada análise dos dados obtidos nos procedimentos supracitados e sistematização de tais informações através de tabulação, relacionando-as com os objetivos da pesquisa. Foi necessário transcrever os dados da pesquisa para o programa de tabulação de dados (Excel). Os gráficos foram gerados e devidamente analisados, sejam os de análise documental com os Projetos Pedagógicos, sejam os resultantes das respostas tabuladas dos questionários e entrevistas. Foi utilizada uma análise quantitativa, pois esta corresponde melhor aos objetivos da pesquisa e ao instrumento utilizado, os questionários.

5.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas instituições de ensino superior, nos departamentos onde funcionem os cursos de Terapia Ocupacional no país em busca de material bibliográfico e aplicação de questionários em espaço virtual e, em eventos de Bioética (Congresso Brasileiro de Bioética (PR), Congresso Brasileiro de Bioética (PE), Congresso de Bioética e Cuidados Paliativos da PUC-PR(PR), Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional (CE), Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (RS).

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi composta por 128 (cento e vinte e oito) docentes dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional inscritos na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) ou que vieram a se inscrever até o final da coleta de dados. Os dados foram colhidos de questionários aplicados de forma presencial ou *on line*. A aplicação do questionário *on line* deve ter necessitado de no máximo 20 (vinte) minutos para ser completamente respondido.

Os critérios de inclusão, inicialmente adotados foram que seriam docentes associados à RENETO, que estivessem com vínculo empregatício ativo em suas instituições de ensino superior, independente da condição de regularidade administrativa ou pecuniária junto à Associação de Ensino. Os docentes que se aposentassem ou fossem demitidos após a coleta de dados não seriam excluídos da pesquisa, continuariam com critério de inclusão.

Os critérios de exclusão foram direcionados aos que estivessem na relação de associados, mas já aposentados ou sendo demitidos das instituições de ensino superior antes da coleta de dados.

O tamanho da amostra foi de 41 (quarenta e um) docentes, filiados à RENETO, independente, de tempo de docência, da região do Brasil a qual pertence, idade, tempo de docência, titularidade. Os docentes foram 95,2% de cursos públicos, mas havendo um percentual de 4,8% de docentes de cursos privados.

Os projetos pedagógicos só foram analisados dos cursos públicos porque as instituições de ensino privadas não disponibilizam nos sites, como ocorre nas públicas, e não atenderam às solicitações de envio dos PP encaminhadas às coordenações de curso, por e-mails enviados pela autora, como já foi mencionado, anteriormente.

Na análise amostral da população do estudo sendo composta pelos 128 docentes de Terapia Ocupacional filiados à RENETO, o material pesquisado representado pelos questionários respondidos pelos docentes, corresponde a 32,1% da população. Numa análise macro seria possível partir do número de terapeutas ocupacionais no Brasil, em torno de 18.000 para o número de docentes desse contingente e desses quanto seriam filiados à RENETO e a partir daí quantos teriam participado da pesquisa. Em consulta ao COFFITO foi constatada a inviabilidade desse cálculo amostral devido ao fato de que o recadastramento realizado pelo COFFITO em 2017 e 2018 onde todos os dados sobre o exercício profissional foram inseridos nos questionários, não obtiveram o êxito esperado, pois um pouco mais de 50% da categoria profissional dos terapeutas ocupacionais responderam ao questionário do recadastramento. Nesse percentual foram identificados 395 docentes de Terapia Ocupacional, mas que não representa a totalidade dos docentes já que existe uma parcela de quase 50% que ainda não se recadastraram devendo haver um número significativo de docentes para aumentar o contingente de docentes cadastrados. O banco de dados atuais do Sistema COFFITO/CREFITOs não detém essa informação que diferencie os docentes dos demais terapeutas ocupacionais.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise documental dos Projetos Pedagógicos (PP) por temáticas, a saber: Origem Regional, Ano de Publicação, com disciplinas de Bioética ou compartilhada, com conteúdos de Bioética nas disciplinas de Ética, em outras disciplinas, sem conteúdo em nenhuma disciplina, mas com outras atividades. Para essa análise foram construídas planilhas constando as seguintes categorias: nome da IES, denominação da disciplina, modalidade (obrigatória ou optativa), período a

ser lecionada, carga horária da disciplina (sendo criadas quatro faixas para agrupar as opções, com parâmetro mínimo e máximo da carga horária), ementa e/ou conteúdo da disciplina (descrição colhida nos PP), carga horária total dos cursos de Terapia Ocupacional (sendo criadas quatro faixas para agrupar as opções, com parâmetro mínimo e máximo da carga horária), integralidade do Curso (descrição em duas opções pela totalidade dos semestres). Outras categorias foram inicialmente inseridas na análise documental como objetivo do curso, missão da IES, outras disciplinas humanísticas no PP, mas por limitação para proceder à equivalência dessas categorias com o objeto do estudo, foram excluídas.

Os dados colhidos nos questionários que foram tabulados e tiveram uma análise crítica da autora, sendo agrupadas as respostas por categorias para que pudessem ser decompostas em partes, analisadas, e recompostas para discussão e uma conclusão final através de um relatório científico.

A proposta do estudo tem ênfase na análise quantitativa, para que possamos situar os dados obtidos na análise documental referente aos projetos pedagógicos. Dados como nome da disciplina, períodos, carga horária, ementa e conteúdos da disciplina são relevantes para a identificação da Bioética na formação do terapeuta ocupacional.

Na análise quantitativa serão utilizados os dados obtidos que foram agrupados através das categorias criadas para essa fundamentação.

Durante a análise das respostas foi demonstrada fundamentação no referencial da Bioética de Intervenção (BI) e nos artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, enfatizando os artigos 3º (Dignidade Humana e Direitos Humanos), 4º (Benefício e Dano), 5º (Autonomia e Responsabilidade Individual), 6º (Consentimento), 7º (Indivíduos sem a Capacidade para Consentir), 8º (Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade), 9º (Privacidade e Confidencialidade), 10º (Igualdade, Justiça e Equidade), 11º (Não-Discriminação e Não-Estigmatização), 12º (Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo), 13º (Solidariedade e Cooperação), 14º (Responsabilidade Social e Saúde).

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O presente estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, com o número de Parecer 2.933.812, CAAE 91684518.4.0000.0030 (anexo). Os riscos foram referentes a causar algum constrangimento durante a aplicação dos questionários, mas todas as medidas preventivas foram adotadas visando reduzir as possibilidades de que isso ocorresse, deixando o docente à vontade para recusar qualquer resposta que não quisesse responder. Da mesma forma, foi garantida pausa entre uma resposta e outra, ou mesmo consulta da parte do entrevistado junto à sua instituição de ensino superior se precisou de alguma informação do curso que não possuía ou não se sentia seguro para responder. Para os que responderem, via *on line*, foi viabilizado prazo para que pudesse responder controlando o tempo que necessitava entre uma resposta e outra e não foi criado nenhum mecanismo que impedisse passar de uma resposta para outra sem ter que obrigatoriamente responder a anterior. Os docentes puderam a qualquer momento se retirar da pesquisa sem que essa desistência lhe causasse qualquer problema. Os benefícios desse estudo pretendem contribuir com os docentes, aprimorando o seu conhecimento sobre Bioética para que possa repassar ao aluno, com maior segurança, a forma de enfrentar dilemas bioéticos em sua prática profissional e ter condutas adequadas ao bem estar da população atendida e à sociedade. Da mesma forma, contribuirá com o acadêmico formado nesse enfoque, fortalecendo-o para enfrentamento dos dilemas bioéticos em seu cotidiano na prática profissional, criando atitudes e habilidades nesse fazer profissional e humanizando sua ação com maior compreensão do ser humano político e plural. Para os docentes que participaram da pesquisa será enviada, após a defesa da tese, uma síntese do trabalho indicando alguns problemas identificados na formação do terapeuta ocupacional referente à Bioética e sugestão para trabalhar a Bioética de forma transversal nas disciplinas de forma geral e de forma direta nas disciplinas que trabalhem esse conteúdo. Existe a pretensão de elaboração de um livro de Bioética e Terapia Ocupacional com outros terapeutas ocupacionais com pós-graduação em Bioética e docentes de Bioética . Será apresentado um trabalho sistematizando a

tese para ser apresentado no próximo Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, após a defesa da tese, onde deverão estar presentes grande parte dos membros da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 EM RELAÇÃO AOS PROJETOS PEDAGÓGICOS

Em relação à classificação documental, os projetos pedagógicos foram divididos em grupos, sendo assim descritos: projetos pedagógicos que possuem a Bioética em organização com disciplinas próprias, compartilhadas com outros conteúdos ou em eixos; projetos pedagógicos que possuem a Bioética como conteúdo inserido em disciplinas ou eixo de Ética e Deontologia; projetos pedagógicos que possuem esses conteúdos em outras disciplinas ou eixos e projetos pedagógicos que não possuem esse conteúdo.

No caso específico do Brasil, a grande expansão dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional nas décadas de 2000 e 2010 se deve às políticas públicas de fomento ao ingresso no ensino superior, tanto na esfera privada quanto, principalmente, no âmbito público. No âmbito público, especificamente quanto às universidades federais, lançou-se em 2007, o Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), com objetivo de criar condições para a ampliação de vagas e acesso a estimular a permanência dos alunos no ensino superior, visando ao aumento da qualidade dos cursos e melhor aproveitamento da estrutura física e recursos humanos ofertados nas instituições federais (78).

Nesse período o Sistema COFFITO/CREFITOs criou uma mobilização para abertura de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, tendo sido elaborado um documento descrevendo a necessidade social do Curso de Terapia Ocupacional e enviado para todas as instituições de ensino superiores públicas federais, estaduais e algumas municipais, além de terem sido realizadas visitas nas IES para audiência com reitores e equipes sobre a viabilidade para abertura dos cursos. Da mesma forma, foram criadas parcerias com IES que aderiram à proposta, onde o COFFITO e alguns CREFITOs chegaram a financiar participação de docentes na composição das Comissões para elaboração dos PP, assim como para garantir participação na reunião dos reitores das instituições de ensino superior estaduais e municipais, em

Florianópolis, Santa Catarina, durante a realização do 13º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO).

A expansão das Universidades Federais e o crescimento de vagas públicas no ensino superior trouxeram, para o campo da Terapia Ocupacional, consequências importantes, pois criaram uma demanda de formação docente para suprir as vagas nas universidades. Além disso, interessados em refletir e sistematizar sua prática e desenvolver outros temas para a profissão cresceu também o número de docentes e pesquisadores inseridos em programas de pós-graduação *strito sensu* (79).

Os Projetos Pedagógicos (PP) analisados foram os pertencentes aos cursos públicos (federais e estaduais) porque os PP dos cursos privados não estão disponibilizados nos sites dos Cursos de Terapia Ocupacional e, mesmo, tendo sido requeridos às coordenações dos referidos cursos, eles não foram encaminhados para a pesquisadora. Nos últimos anos alguns cursos de Terapia Ocupacional, públicos, abriram no país, ao mesmo tempo em que, alguns cursos privados, suspenderam seus vestibulares, ficando numa situação de inatividade, apesar de não cancelarem os cursos. Como resultado, temos um quadro demonstrativo de cursos existentes no Brasil que não correspondem à realidade já que muitos estão com vestibular suspenso a mais de quatro anos, deixando de existir alunos de Terapia Ocupacional nessas instituições de ensino superior. Os PP foram agrupados de acordo com a existência de conteúdos de Bioética em disciplinas nas grades curriculares.

Os PP foram divididos em quatro grupos, assim descritos:

a) PP com disciplinas com denominação de Bioética, ou, específicas ou compartilhadas com outros temas como Ética em Deontologia, Ética em Terapia Ocupacional.

b) PP com conteúdos de Bioética na disciplina de Ética e Deontologia, com denominações diferenciadas, mas com esse contexto.

c) PP com conteúdos de Bioética em outras disciplinas humanísticas, com denominações diferenciadas, mas com esse contexto.

d) PP sem conteúdos de Biótica na grade curricular e sem descrição desses conteúdos em outras atividades.

6.2. EM RELAÇÃO AOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS

Os Docentes dos Cursos de Terapia Ocupacional membros da pesquisa através de aplicação de questionários.

Essa pesquisa teve como universo, os docentes de Terapia Ocupacional, de instituições de ensino superior, públicas e privadas, inscritos na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), que é a entidade nacional de ensino e pesquisa que representa essa categoria profissional. Foram considerados os docentes inscritos, independente de sua regularidade administrativa ou financeira com a entidade nacional, considerando inclusive os recém - admitidos na associação de ensino, que efetuaram sua inscrição no período da coleta de dados.

Foram aplicados questionários *on line* e distribuídos impressos no Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, em outubro de 2018, em Santos , São Paulo. Dos cem questionários distribuídos no evento, apenas 21 foram devolvidos completos, pois alguns devolveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, para posterior envio dos questionários, mas a maioria não enviou o que reduziu o número de questionários para a análise. Alguns que não foram ao evento, enviaram via *on line*.

O questionário possuía 16 (dezesesseis) perguntas, sendo 11(onze) abertas e 5 (cinco) perguntas fechadas, mas com opção de justificativa. Eliminamos as perguntas referentes à pós-graduação porque todas foram negativas, nivelando todos os entrevistados nessa questão, já que nenhum deles possuía pós-graduação em Bioética.

As respostas foram analisadas através de leitura exploratória e agrupadas por áreas temáticas.

6.3. A ANÁLISE DOS PP POR CATEGORIA TEMÁTICA

Os projetos pedagógicos foram analisados de forma geral e por grupos dependendo da distribuição do conteúdo da Bioética. Foram 20 (vinte) PP de cursos

de Terapia Ocupacional de instituições de ensino superior públicas. Existem 12 (doze) de ensino superior privadas que não enviaram seus PP, nem disponibilizam no site.

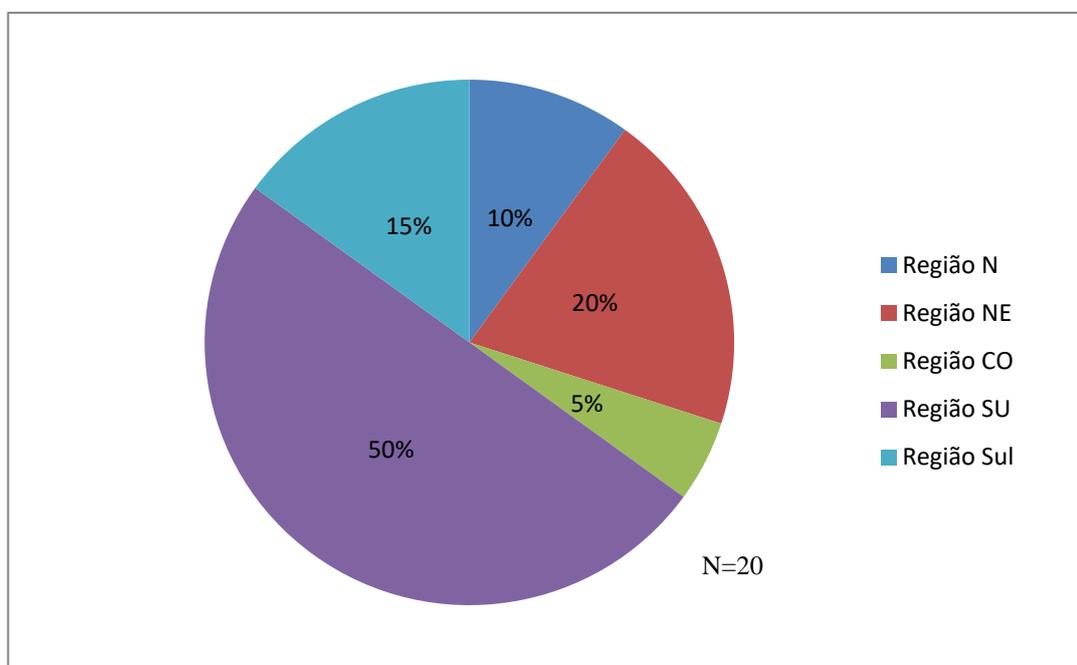


Gráfico 1 Distribuição dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional públicos por regiões do Brasil

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Em relação à origem regional dos PP de acordo onde cada curso está instalado, sendo uma distribuição de apenas 15 (quinze) estados brasileiros já que 12 (doze) estados no país ou nunca possuíram nenhum curso de Terapia Ocupacional, como os estados do Amazonas, Roraima, Amapá, Acre, Mato Grosso, Tocantins, ou no caso, dos Estados onde os cursos privados fecharam como Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Bahia, Goiás, Mato Grosso do Sul. Alguns cursos possuem seus PP publicados a mais de 10 (dez) anos, mas a maioria ocorreu num período inferior a 10 anos, o que justifica maiores inovações, como a inclusão dos conteúdos de Bioética, como verá ao longo da apresentação dos resultados. Na região Norte que possui 10% dos PP enviados, existem dois cursos públicos sendo um federal (UFPA) e outro estadual (UEPA). Em relação ao Nordeste, com 20% dos PP, existem três cursos públicos federais (UFPE, UFPB,UFS), mas em 2019, provavelmente, esse percentual aumenta, por estarmos na eminência da criação de mais três cursos públicos, pois o da UFRN está

aprovado aguardando financiamento para ser operacionalizado, o da UFBA que está na fase final de aprovação do projeto pedagógico e o da Universidade Estadual de Ceará que já aprovou o PP, já realizou concurso público para docentes e estará em funcionamento no primeiro semestre de 2019. O panorama da distribuição dos PP dos cursos de Terapia Ocupacional por regiões corresponde ao contexto histórico e político da criação e distribuição dos Cursos de Terapia Ocupacional no País. Os dois primeiros Cursos de Terapia Ocupacional foram criados na década de 1950, na região Sudeste, sendo um no Rio de Janeiro, na Associação Brasileira de Beneficente de Reabilitação (ABBR), entidade filantrópica com um serviço de Reabilitação que atendia grande parte da população naquele estado e o outro, em São Paulo, na Universidade de São Paulo (USP). Os Cursos iniciaram conjuntamente com Fisioterapia com uma denominação comum às duas categorias profissionais, de Cursos de Reabilitação. No decorrer dos cursos, a grade curricular era comum no ciclo básico e no ciclo denominado de pré-profissionalizante com as disciplinas clínicas e no ciclo profissional, existiam disciplinas próprias de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia. Em média, ao final do segundo ano do curso, cada aluno teria que fazer a opção referente à qual profissão iria escolher, pois iniciariam no terceiro ano, as disciplinas específicas e o diploma era emitido não como bacharel em “Reabilitação, mas na profissão escolhida, seja “Terapia Ocupacional “ ou “Fisioterapia”. Apenas no ano de 1962, é fundado um outro Curso de Reabilitação, o do Instituto Universitário de Reabilitação (IUR), ligado ao Departamento de Ortopedia da Universidade Federal de Pernambuco. Esse foi o primeiro curso público de universidade federal no Brasil, já que a ABBR era de caráter filantrópico, e o de São Paulo, pertencente a uma universidade pública estadual. Apenas, em 1972, a Bahia teve seu primeiro curso de Terapia Ocupacional, segundo curso do Nordeste, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, entidade educacional privada, que na década de 1980 desativou o curso durante dez anos, reabriu e nos últimos cinco anos tornou a desativar o Curso de Terapia Ocupacional. Em 1973, surgiu outro curso privado no Nordeste, o da Universidade de Fortaleza que funcionou durante muitos anos, sendo desativado a dois anos atrás pela lógica de mercado, de alto lucro nas empresas privadas de educação com turmas muito numerosas o que não se mostrava na realidade da demanda para Terapia Ocupacional. A região Norte, teve seu primeiro curso fundado na Universidade Estadual do Pará (UEPA) que durante muito tempo, foi o

único curso da região. Apenas, em 2009 foram fundados, o Curso da Universidade Federal do Pará em Belém, Pará e da instituição de ensino privada, Faculdades Integradas Aparício Carvalho(FIMCA), em Porto Velho, Rondônia.

Esse processo evolutivo do surgimento dos Cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, não pode ser compreendido, sem o entendimento dos aspectos relacionados ao contexto da organização política da Terapia Ocupacional. No início do movimento pela abertura de cursos de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia no país, a categoria profissional contava com a Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOBr) que fazia parte das ações planejadas, ao lado da Associação Brasileira dos Fisioterapeutas (ABF) e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

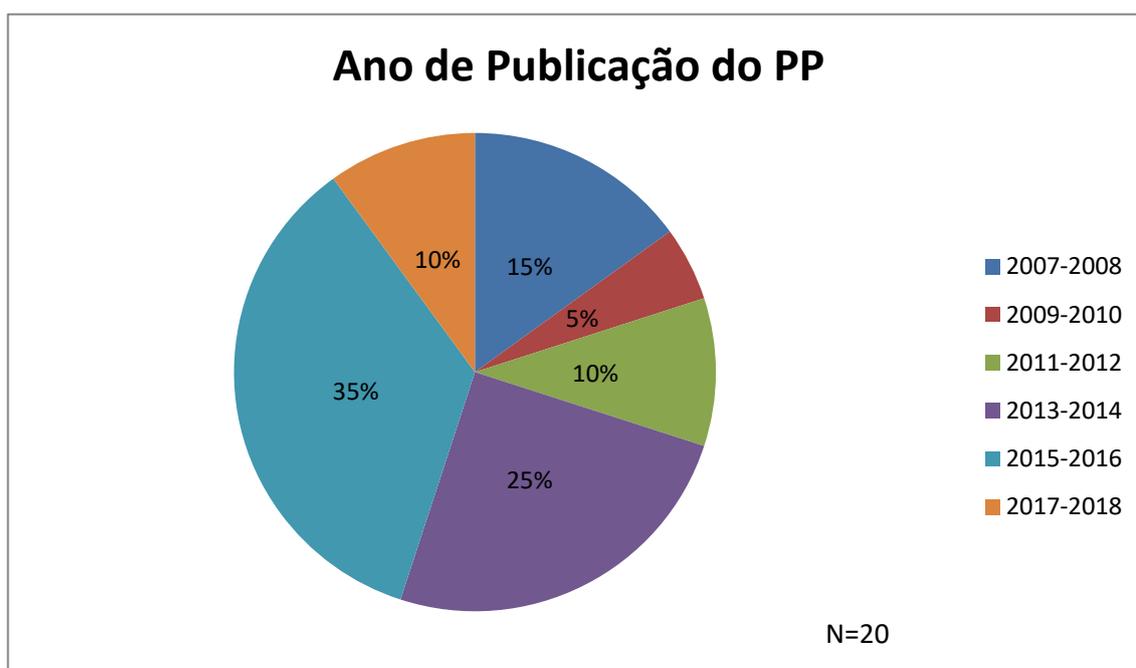


Gráfico 2 Ano de publicação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Na década de 1980, a luta pela criação do currículo mínimo desenvolvida pela ATOBr e pelo COFFITO, buscava um padrão mínimo de formação profissional que consolidasse a Terapia Ocupacional como profissão de nível superior, portanto, com a exigência de uma formação para esse nível. O currículo de 1963, já bastante defasado, não atendia a demanda por conteúdos de maior embasamento científico e

a necessidade de uma formação mais humanística e geral que permitisse uma atuação mais crítica e reflexiva por parte dos terapeutas ocupacionais. Era necessária a criação de um currículo mais voltado para ações da promoção da saúde e não apenas da reabilitação. Baseado nessas discussões e proposituras, para atender às reivindicações da categoria profissional e das exigências do aprimoramento do ensino dos cursos superiores, em 1983, instituiu-se o Currículo Mínimo para os cursos de graduação de Terapia Ocupacional. Esse currículo propôs inúmeras transformações, com destaque para a mudança na formação de um modelo clínico-biológico para um modelo de saúde, que integrasse o enfoque psicológico e social ao biológico (80).

A partir desse contexto histórico, o movimento de constante aprimoramento do ensino, veio ocorrendo culminando com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional (DCNs), em 2002. Desde o ano de 2018 se iniciou o movimento de atualização das DCNs, tendo sido realizadas as oficinas regionais, a nacional e estando em fase de conclusão da redação final para a devida tramitação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Educação (CNE). Atualmente, as instituições de ensino superior costumam fomentar as atualizações dos Projetos pedagógicos para que possam acompanhar as mudanças do ensino e das profissões.

Em relação ao ano de publicação dos PP em cada IES, foram criadas faixas de períodos bianuais para avaliar a temporalidade dos projetos e ter uma visão da formação mais atualizada ou se já está defasada perante os novos campos de saber, as contextualizações das políticas públicas vigentes e as novas tecnologias utilizadas para capacitar o docente ao ensino dessas tecnologias aos formandos para que utilizem em suas práticas profissionais junto aos usuários. O gráfico acima, gráfico nº2, sinaliza a atualização mais efetiva dos PP apresentados, pois a maioria tem menos de dez anos de atualização o que favorece a presença das questões mais inovadoras inclusas no documento pedagógico, destacando como interesse deste estudo, a inclusão da Bioética na matriz curricular dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil.

Os fundamentos para compor os conteúdos dos Cursos de Terapia Ocupacional desde a sua criação na década de 1950, eram diretamente influenciados pela lógica do processo de Reabilitação, pois essa já era a herança histórica trazido dos Estados Unidos e da Europa que associam a criação da

profissão aos efeitos das Grandes Guerras Mundiais gerando um número grande de indivíduos sequelados, física e mentalmente, necessitando dos serviços de Reabilitação. “Assim, temos que o ensino dos conteúdos que fundamentavam a prática profissional - denominado como “fundamentos” nos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil – teve influências epistemológicas e paradigmáticas, contextualizadas pelo momento político e econômico” (61).

As atualizações dos conteúdos realizadas na década de 1980 e em 2002 com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional possibilitaram romper com a perspectiva de conteúdos relacionados diretamente ao processo de Reabilitação, ampliando a formação para uma atuação que contemplasse a atenção em saúde desde a atenção básica até à alta complexidade e superasse o modelo mecanicista da Reabilitação, ainda conservadora, para uma concepção holística do homem, com conteúdos mais humanísticos.

Os fundamentos da ética na formação são inseridos na concepção mais humanística, onde as questões éticas incorporadas nos conteúdos curriculares abordam desde o controle ético do exercício da profissão, com a inclusão do estudo do Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional (Resolução COFFITO 425/13) que, inicialmente, era em conjunto com a Fisioterapia (Resolução COFFITO-10/78), até o estudo dos pressupostos filosóficos da ética numa perspectiva das relações humanas na assistência em saúde e nas demais políticas públicas, numa compreensão de que os saberes e práticas devem estar direcionados para além das questões acadêmicas, numa perspectiva ampliada, com a melhoria da condição humana (61).

Na construção das DCN de Terapia Ocupacional de 2002, as discussões sobre os conteúdos humanísticos se pautaram em pressupostos que já faziam parte dos conteúdos teóricos da formação, com pertinência e efetividade, com conteúdos inovadores que foram considerados importantes nesse documento norteador dos PP dos cursos existentes que buscariam suas atualizações e dos novos cursos que viessem a surgir no cenário nacional. Dessa forma, foi incluída a Bioética, como conhecimento, ainda sob a influência da publicação da Resolução CNS 196/96 que democratizou e promoveu a visibilidade do sentido da Bioética para ser apropriado pelos profissionais de saúde e não mais, apenas pelos médicos, como era a visão anterior. Outros fatos foram a divulgação da Bioética por terapeutas ocupacionais

que demonstraram interesse pela temática promovendo palestras em alguns eventos de Terapia Ocupacional.

A Bioética brasileira tomou impulso, a partir da década de 1990, principalmente com fatos ocorridos como a Resolução CNS 196/96 de Ética em Pesquisa, publicação da Revista de Bioética patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina com elevada distribuição e publicações sobre Bioética em artigos de outras revistas brasileiras, a fundação da Sociedade Brasileira de Bioética, e, conseqüentemente, da realização dos Congressos Brasileiros de Bioética. Da mesma forma, a criação da Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP) pelo Conselho Nacional de Saúde e das Comissões de Ética em Pesquisa, locais (CEP), tiveram papel significativo nessa visibilidade da Bioética no país. Um marco importante da história da Bioética no Brasil foi a realização do 6º Congresso Brasileiro de Bioética, em 2002, em Brasília com o tema Bioética, Poder e Injustiça, “este evento, ampliou definitivamente, o campo de trabalho internacional da disciplina, politizando a agenda bioética internacional com temas antes tratados somente de modo tangencial e ocasional (36).

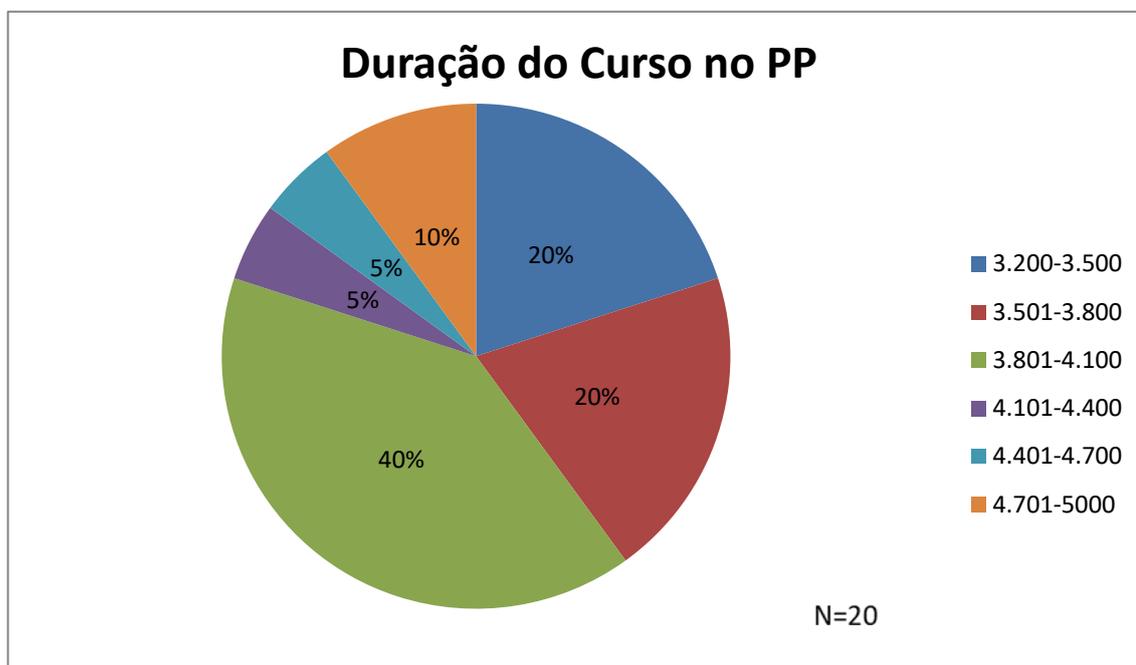


Gráfico 3 Carga horária do Curso de Terapia Ocupacional

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Os cursos de Terapia Ocupacional tem duração de quatro a cinco anos de duração, mas na maioria das vezes, os formandos levam quatro anos e meio na formação por envolvimento em pesquisas, extensão e em novos programas como o PET (Programa de Educação do Trabalho), a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco, onde exerço minhas funções acadêmicas, onde apesar de se enquadrar num número de horas previsto para ser cursado em quatro anos, a maioria dos alunos opta para se formar com quatro anos e meio para terem a oportunidade de participar de um maior número de atividades extensionistas. O panorama desses cursos em relação ao tempo de formação por quantitativo de horas está distribuído no demonstrativo do gráfico acima.

A questão da carga horária mínima tem sido uma temática constante, pois o parâmetro acordado como indicação do Conselho Nacional de Saúde foi de 4.000 horas, o que foi ratificado pela maioria das profissões de saúde, mas que não foi acatado pelo Ministério da Educação que publicou a Resolução CNE nº4/2008 e o Parecer CNE/CES 213/08 com carga horária mínima de 3.200 horas:

A Comissão da CES/CNE considerou as características e peculiaridades dos conhecimentos e habilidades necessários à formação do profissional Biomédico, de Educação Física, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional, cujos perfis devem ser generalistas, com condições de atuar nos vários níveis de atenção à saúde, e capacitados para promover a saúde integral do ser humano. Neste sentido, indica a carga horária mínima de 3.200 horas para os cursos de graduação em Biomedicina, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, por considerar que ela, já constante do Parecer CNE/CES nº 329/2004, é suficiente para a formação com qualidade nos mencionados cursos, tendo em vista as Diretrizes Curriculares expressas nos Pareceres CNE/CES nºs 104/2002, 138/2002, 58/2004, 1.210/2001 e 1.133/2001 (81).

No Gráfico demonstrado acima, gráfico nº3, observa-se que, mais de 80% dos cursos de Terapia Ocupacional, públicos, não seguem o parâmetro indicado pelo Ministério da Educação, tendo mantido sua carga horária acima de 3.200 horas. No setor privado, a realidade é oposta com os cursos de Terapia Ocupacional funcionando com carga horária mínima determinada pelo MEC.

A redução da carga horária para 3.200 horas implicou no descarte de conteúdos importantes para a formação do terapeuta ocupacional ou redução da carga horária de disciplinas, o que não favorece inclusão de novas disciplinas, como no caso deste, estudo, a Bioética.

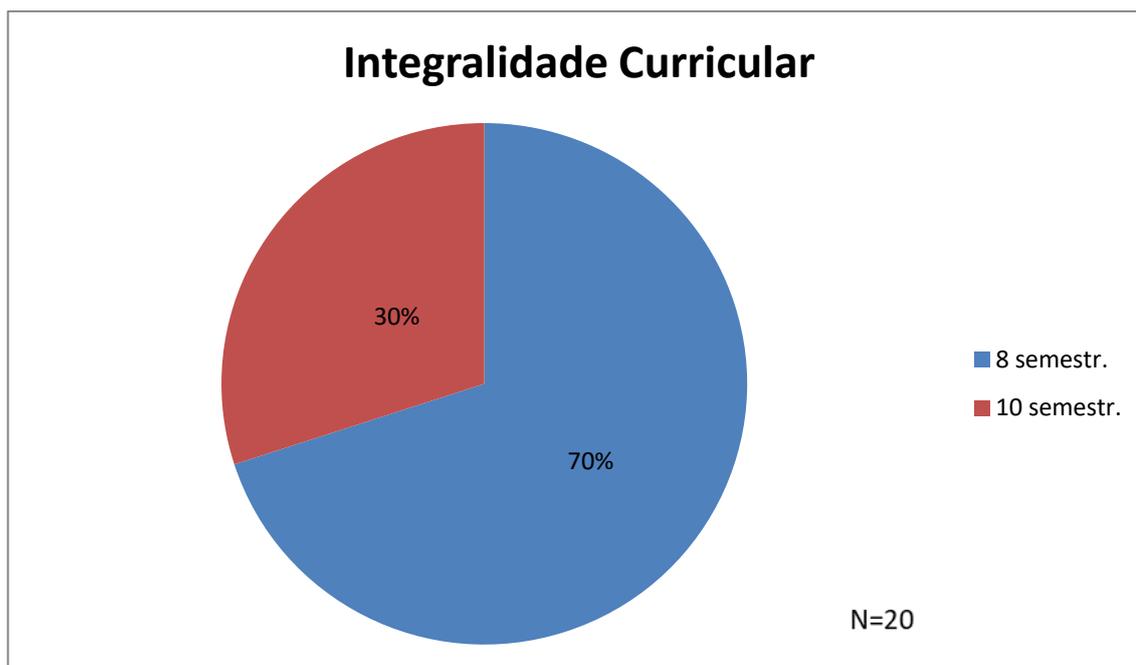


Gráfico 4. A composição dos cursos de acordo com a Integralidade Curricular.

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Em relação à integralidade curricular, os Cursos de Terapia Ocupacional se organizam em 8 ou 10 semestres, estando distribuídos de acordo com o gráfico acima. A integralidade distribuída em 08 semestres é o maior contingente, com 70%, equivalente a 14 dos 20 projetos pedagógicos analisados, o que demonstra que os alunos necessitam de dedicação quase exclusiva, com horário integral. Os cursos com 10 semestres tem mais viabilidade para se organizar em apenas um turno.

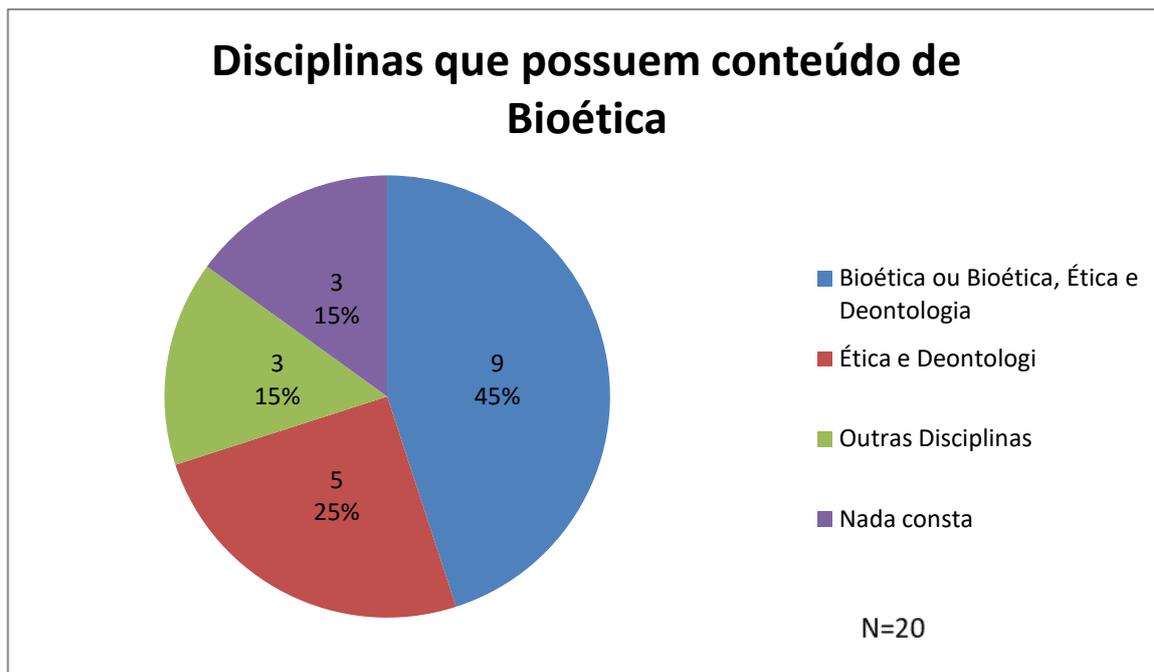


Gráfico 5. Disciplinas que possuem conteúdo de Bioética

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Em relação à identificação de conteúdos de Bioética na formação do Terapeuta Ocupacional, foi comprovado que 85% dos cursos, atualmente, possuem o reconhecimento da importância dessa temática na formação do terapeuta ocupacional.

Na análise dos projetos pedagógicos, os resultados indicam que os Cursos de Terapia Ocupacional que possuem os conteúdos de Bioética inseriram esses conteúdos em disciplinas específicas ou compartilhadas com outras áreas, com percentual de 45%, o que demonstra maior reconhecimento da pertinência desses conteúdos na formação do terapeuta ocupacional e da necessidade de maior abrangência no que se refere ao quantitativo de horas para esse conhecimento e maior especificidade. Nesse percentual de 45% existe um quantitativo de nove cursos, sendo que quatro deles possuem disciplinas específicas de Bioética e cinco são de Bioética com outras áreas como Ética e Deontologia ou Bioética e Ética em Terapia Ocupacional; como conteúdo das disciplinas de ética, com percentual de 25%, resultado que também é satisfatório já que as ementas das disciplinas de ética eram restritas a temas como Ética e Moral, filósofos importantes e ao Código de Ética e Deontologia. Foi identificada, ainda, essa inclusão em outras disciplinas com percentual de 15%, como disciplinas de Metodologia da Pesquisa, Terapia

Ocupacional no Contexto Hospitalar e Cuidados Paliativos, Fundamentos da Terapia Ocupacional e Filosofia. Existem alguns projetos pedagógicos que não informam se o conteúdo é inexistente ou se está incluído em outras atividades pedagógicas, não havendo material documental que favoreça essa análise.

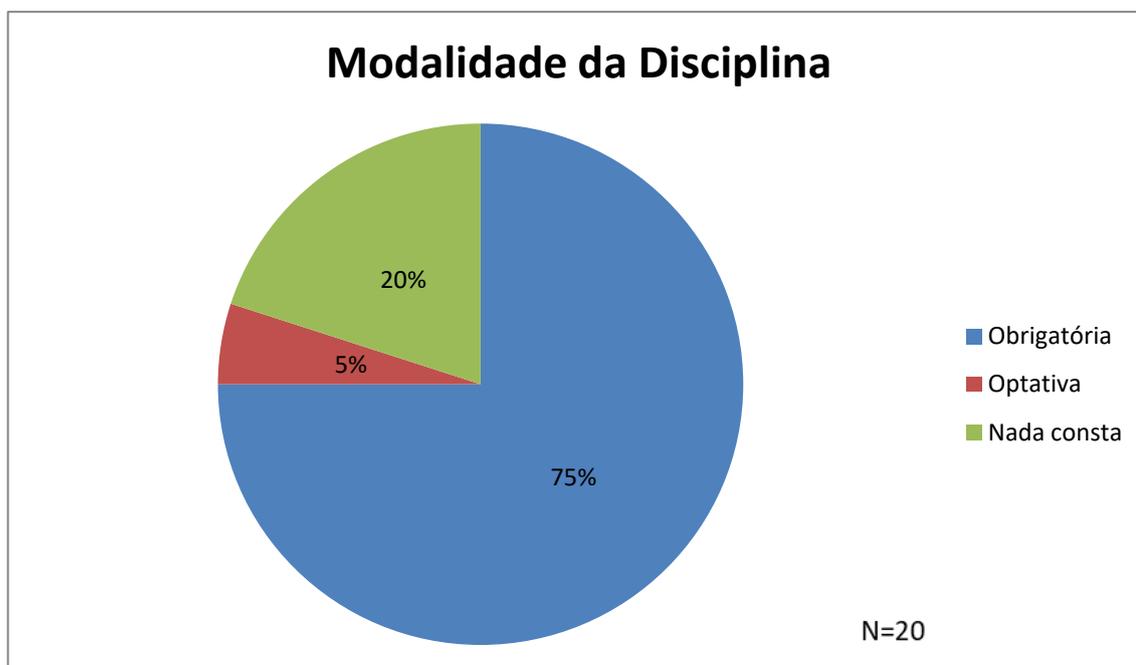


Gráfico 6. A modalidade como a disciplina foi incluída na matriz curricular

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Reconhecendo que o conteúdo da Bioética está presente na maioria dos cursos de Terapia Ocupacional, vimos identificar se é analisado como imprescindível na formação, e, portanto, consta como disciplina obrigatória ou se apesar de ser identificado o reconhecimento da importância para o curso, ainda, não é considerada imprescindível na formação do terapeuta ocupacional, sendo enquadrada como disciplina optativa, contando apenas com o discernimento pelo aluno sobre a importância para a sua formação dependendo do perfil profissional que está construindo em sua formação. Nessa lógica, o curso trata a Bioética, como uma escolha do aluno, acreditando que na proposta da flexibilidade curricular, vai depender de um perfil específico que ele queira construir. A maioria dos PP, cerca de 70%, apresenta a Bioética como obrigatória, o que demonstra um avanço na concepção da Bioética como fundamental na formação do terapeuta ocupacional que se pretende formar para o Brasil. Existem PP que na sua descrição, não foi

possível identificar se a disciplina de Bioética é obrigatória ou optativa, cerca de 20% dos projetos pedagógicos analisados.

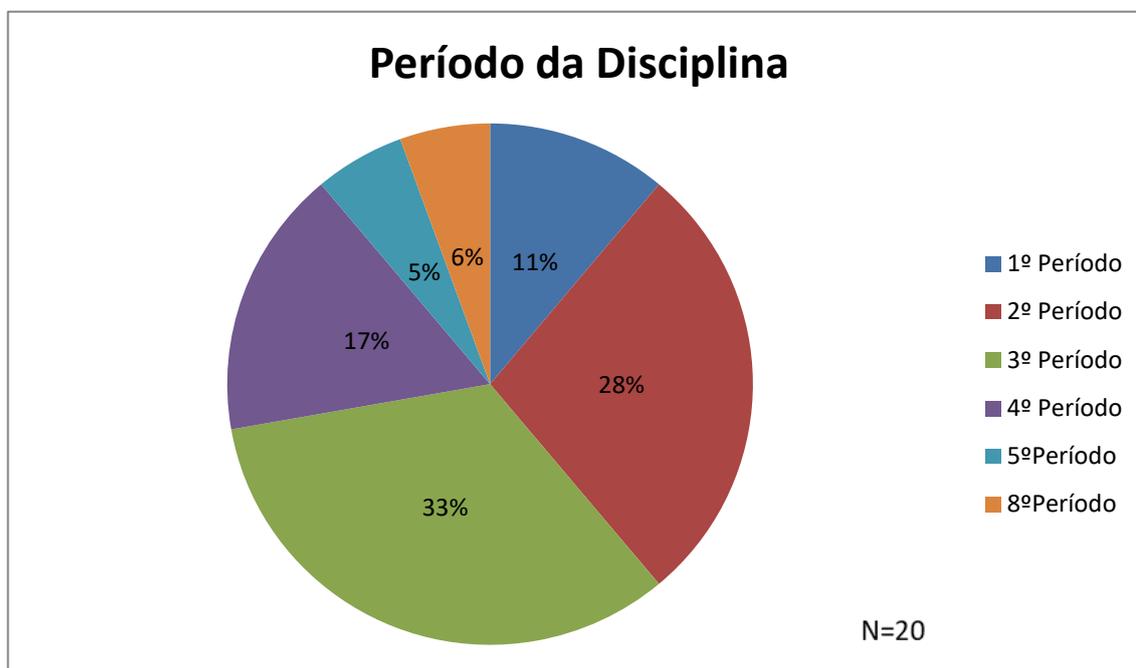


Gráfico 7. Período em que a disciplina foi inserida na matriz curricular

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

No gráfico acima se observa que a disciplina que apresenta conteúdos de Bioética está inserida, dependendo, do curso de Terapia Ocupacional, em todos os períodos possíveis, exceto no último ano por ser reservados aos estágios curriculares, quando todas as disciplinas precisam estar concluídas. Existe o percentual de 6% referente aos cursos que possuem a disciplina no 8º período aos cursos que possuem cinco anos de duração, portanto, 10 (dez) períodos de integralidade curricular. A maioria dos cursos inclui a disciplina entre o 2º período, com 28% de percentual e no 3º período de 33% de percentual, totalizando um percentual de 61% dos cursos que possuem a disciplina na faixa 1º e 2º período. Essa é uma discussão que necessita ser realizada nos eventos e reuniões dos docentes para que haja uma reflexão sobre a maturidade mínima para reflexões éticas em sua prática profissional com flexibilidade, mas uma avaliação consistente. E, nessa, perspectiva, apresentamos uma preocupação, com uma disciplina de reflexão crítica complexa, ser ofertada no 1º período do curso de Terapia Ocupacional.

Precisamos compreender que o espaço da formação profissional seja em sala de aula, numa área externa, numa visita há um local determinado, existe um espaço simbólico onde se dá o processo ensino-aprendizagem. Esse espaço é pluridimensional de ideias, contextos, argumentos, nos quais os conhecimentos de outras ciências são ensinados. A pluralidade refere-se a uma multiplicidade de normas e formas de vida, teorias e ideias, modos de fundamentação e filosofias, constituindo-se numa inegável marca da atual realidade sociocultural.

Essa pluralidade, capacidade de argumentação e posicionamento necessitam de um nível mínimo de maturidade do aluno e de conhecimento básica da sua formação para seu envolvimento nessa discussão temática.

A aplicabilidade da Bioética é possibilitada através da “reflexão e do posicionamento sobre questões conflitantes e que, de alguma forma, atingem vidas, num sentido global e pluralista”. O ensino da Bioética implica em apresentar de forma permanente as situações emergentes e persistentes que fazem parte das questões do cotidiano das pessoas e da coletividade, relação com as políticas públicas, dentre outros temas, exigindo participação de cada um na atividade de ensino e de todos formando um coletivo (37).

A Bioética é, reconhecidamente, um saber que exige práticas pedagógicas específicas com discussões mais integrativas do que ênfase em repasse de conceitos e fundamentos teóricos. A “diversidade de saberes que constitui a Bioética e seu objetivo didático de abrir horizontes para a percepção de responsabilidades morais, traduzem sua complexidade”. Para que se alcance esse objetivo tem que ser revisto os modelos de ensino, pois o conhecimento é difícil de ser assimilado pela forma compartimentada, apenas nas disciplinas específicas ou compartilhadas, ministrados por professores, sem perfil para o ensino desse conteúdo, sem interesse pela temática. É fundamental que, pelo menos, um ou mais professores, diretamente responsáveis pelo ensino da Bioética, “dominem o conceito de cada disciplina envolvida (interdisciplinaridade) ou melhor ainda, consiga, com esforço e tempo, perceber a unidade conceitual entre as disciplinas que compõem um curso de Bioética (transdisciplinaridade)”(47).

Essas reflexões levam à necessidade de debates sobre a maturidade suficiente para estar apto para participarem dessas discussões e terem seus objetivos na disciplina devidamente contemplados.

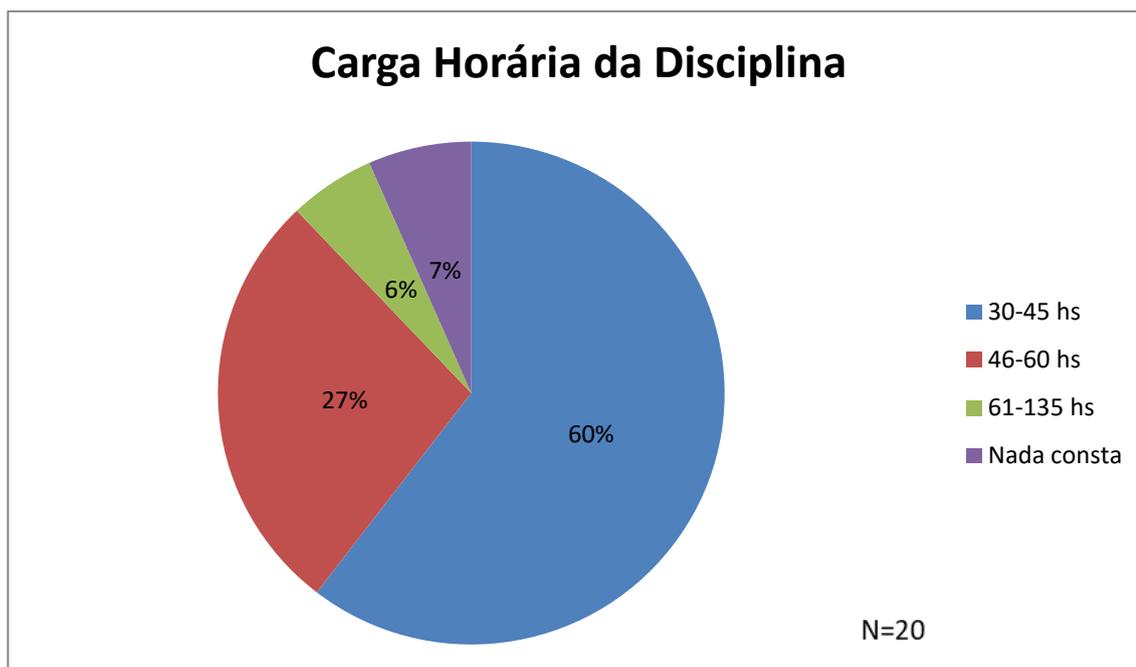


Gráfico 8. Apresentação da Carga horária das disciplinas com conteúdos de Bioética

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

As disciplinas possuem cargas horárias diferenciadas de acordo com a matriz curricular, não sendo toda carga horária dispensada apenas para temas de Bioética, exceto dos cursos onde tinham disciplinas específicas de Bioética, somando um total de quatro cursos de Terapia Ocupacional com carga horária que variava de 30 a 54 horas. A carga horária de 30 a 45 horas existe na maioria dos cursos de Terapia Ocupacional para as disciplinas que apresentam o conteúdo de Bioética, e, sendo, demonstrado no Gráfico 5 que a maioria das disciplinas são de Bioética com outras temáticas, fica explícito que havendo uma divisão equânime entre os temas, ficaria destinado a Bioética de 10 a 15 horas para essa capacitação. Se pensamos que ensinar Bioética não é um mero repasse de informações, mas de reflexão crítica, de busca de fundamentações e de posicionamento respeitando a pluralidade da sociedade, acreditamos que existe carga horária insuficiente na maioria dos Cursos de Terapia Ocupacional que tiveram seus PP analisados nesse estudo. Os conteúdos da Bioética são transversais e devem estar inseridos em várias disciplinas que abordam temas como finitude da vida, discriminação, equidade, respeito às minorias, justiça social, dentre outros temas, mas se faz necessário uma disciplina em que as informações essenciais sobre Bioética possam ser

compartilhadas, refletidas, vivenciadas e internalizadas pelo aluno para melhor conduta profissional frente às demandas de seu atendimento junto a pessoas, grupos e populações.

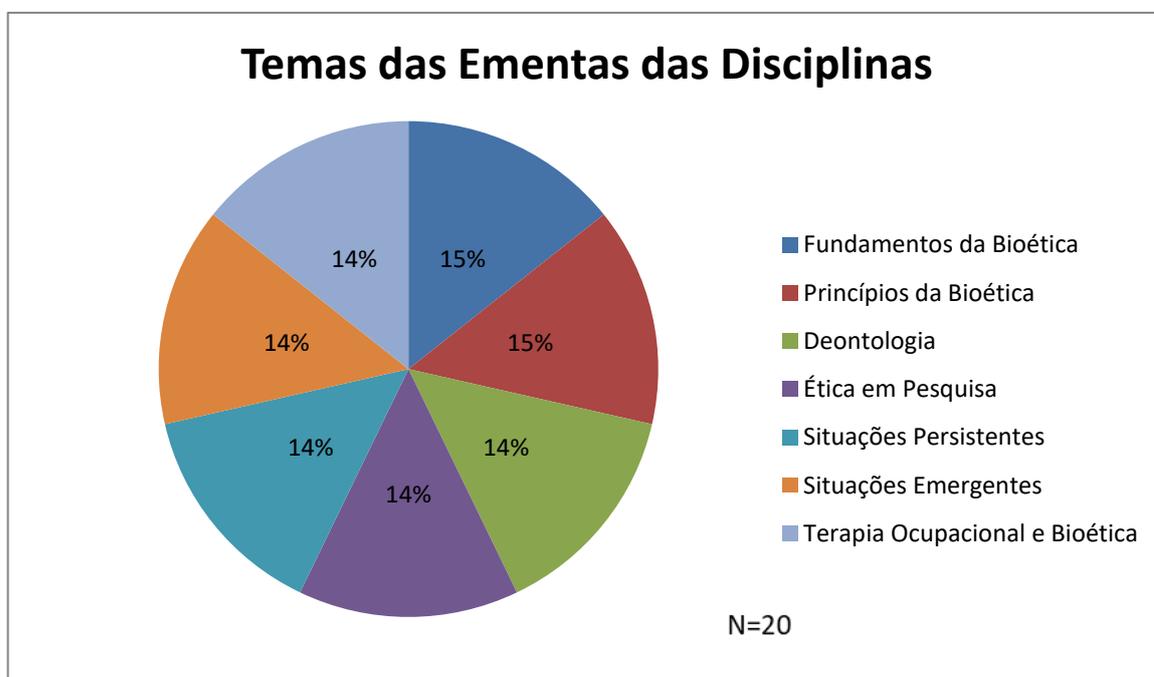


Gráfico 9. Demonstrativo dos temas que compõe as disciplinas

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

No primeiro item do quadro acima direcionado para conteúdos de Bioética, mas também para ética, deontologia e outros campos de saber, que foram agrupadas, da forma apresentada acima.

Nas ementas das disciplinas que estão publicizadas nos sites dos Cursos de Terapia Ocupacional, anexas aos PP. Os temas dos conteúdos foram agrupados em categorias temáticas, abaixo apresentadas:

1. Fundamentos da Bioética (histórico, conceitos, autores, introdução à Bioética).
2. Princípios da Bioética (princípio de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça social, Declaração Universal dos Direitos Humanos. A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO não aparece nas disciplinas, apesar de em um depoimento oral de uma das docentes que ministra a disciplina, foi colocado que introduziu a DUBDH em suas aulas.

3. Deontologia (Existe uma tendência muito forte da priorização do Código de Ética Profissional em detrimento de outros documentos como as Declarações Universais)
4. Ética em Pesquisa (A Bioética ainda é muito associada à Ética em Pesquisa, sendo o tema onde se vê a maior visibilidade da Bioética).
5. Situações Persistentes (São temáticas que vem ao longo dos anos sempre mobilizando a sociedade para suas discussões, pela polêmica e falta de solução e de consenso como a eutanásia, aborto, finitude da vida, transfusão de sangue, grupos especiais, responsabilidade social, dentre outras).
6. Situações Emergentes (São temáticas que vem despontando nos últimos tempos com frequência e com debates ainda em efervescência como biotecnologia, nanotecnologia, biossegurança, eugenia, clonagem, terapias reprodutivas, mercado humano e transplante de órgãos, dentre outras).
7. A Terapia Ocupacional e a Bioética (Tema presente em todos os cursos porque é extremamente importante a correlação da Bioética com as situações vivenciadas na prática profissional).

As disciplinas foram colocadas com a mesma carga horária porque não foi possível identificar nos PP a carga horária destinada à Bioética já que mais da metade dos cursos tem disciplina compartilhada com outros temas.

Na Bioética de Intervenção, a compreensão das categorias como “responsabilidade”, “cuidado”, “solidariedade”, “comprometimento”, “alteridade” e “tolerância”, dentre outras, além dos quatro “pês” – prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e “novidades”) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos) são fundamentais para o exercício de uma prática bioética comprometida com os mais vulneráveis, com a “coisa pública” e com o equilíbrio ambiental e planetário do século XXI. Portanto, esses conteúdos devem estar presentes na formação profissional e na pós-graduação que incorporam a Bioética em atividades de ensino e pesquisa.

Nos conteúdos das ementas das disciplinas, o item sobre princípios se referem ao Princípioalismo, constando, apenas em um questionário referência à BI à DUBDH. Os conteúdos referentes a situações que refletem dilemas éticos, questões polêmicas, como aborto, eutanásia, dentre outros, agrupamos em situações emergentes e situações persistentes, como referencial da BI.

Segundo Feitosa (2015), as situações persistentes dizem respeito às antigas e crônicas demandas éticas das populações, como exclusão social, fome, aborto e eutanásia. Já as situações emergentes derivam dos avanços tecnológicos, a exemplo daquelas associadas à engenharia genética, ao tráfico de órgãos, ao transplante de órgãos, à medicina preditiva e aos organismos geneticamente modificados (15).

6.4 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS

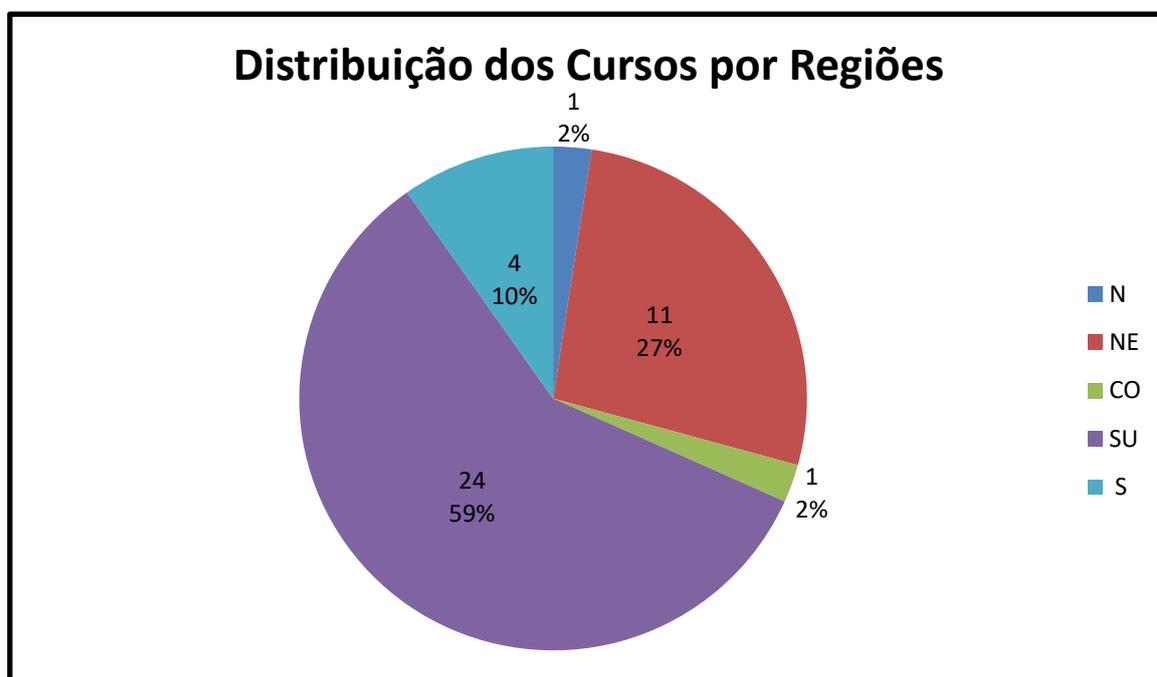


Gráfico 10. Qual o curso de Terapia Ocupacional no qual você é docente? (Questão1) N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Em relação aos questionários, recebemos 41 no total, tendo recebido 24 (vinte e quatro) da região Sudeste que corresponde a 59,0%, 11 (dez) da região Nordeste, sendo 27,0%, 4 (três) da região sul, correspondendo a 10,0%, 1 (um) da região Norte e 1 (um) da região, correspondendo a 2,0% e Centro-Oeste, também correspondendo a 2,0%. De acordo com as regiões, os cursos foram agrupados da seguinte forma: Norte (Um da Universidade Federal do Pará), Nordeste (Onze questionários respondidos sendo seis da Universidade Federal de

Pernambuco(UFPE), dois da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), dois da Universidade Federal da Paraíba(UFPB) e um da Universidade Federal de Sergipe (UFS).; Centro Oeste (Um questionário da Universidade de Brasília); Sudeste (foram 24 questionários respondidos, sendo quatro do Instituto Federal do Rio de Janeiro(IFRJ), cinco da Universidade Federal do Rio de Janeiro, três da Universidade Federal do Espírito Santo, um da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, duas da Universidade Federal de Minas Gerais, duas da Universidade de São Paulo(USP-São Paulo),uma da Universidade de São Paulo (USP-Ribeirão Preto), quatro da Universidade Federal de São Paulo-Campus Santos, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), e um único curso privado enviou resposta ,um da Universidade de Sorocaba(UNISO); no SUL, temos um questionário respondido por docente da Universidade Federal de Santa Maria, dois da Universidade Federal do Paraná.

Os Cursos de Terapia Ocupacional tem predominância histórica no Sudeste do país, estando, portanto, o maior quantitativo de terapeutas ocupacionais, atuando naquela região, concentrando no Estado de São Paulo cerca de 51% dos terapeutas ocupacionais do Brasil que perfazem um total de 18.000, em média, o que representa mais de nove mil, no Estado de São Paulo. Na região Norte, por muitos anos só existia o Curso da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Em 2007, essa autora participou da Comissão do Projeto Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará (UFPA) tendo o curso iniciado em 2009. Na mesma época surgiu o primeiro curso privado do Pará, a Universidade da Amazônia (UNAMA) e alguns anos depois , o segundo curso privado. Atualmente, a cidade de Belém é a cidade brasileira que detém o maior número de Cursos de Terapia Ocupacional por cidade. No entanto, a região Norte possui quatro estados que nunca tiveram o Curso de Terapia Ocupacional sendo o Amazonas (AM), Amapá (AP) ,Roraima(RR) e Tocantins (TO), e apenas um curso privado no estado de Rondônia. Na região Nordeste se encontra o primeiro curso federal do Brasil, o da Universidade Federal de Pernambuco do qual sempre saíram profissionais para ocupar mercado de trabalho de outros estados do Nordeste.

Todos os estados do Nordeste tinham cursos de Terapia Ocupacional entre públicos e/ou privados, mas nos últimos cinco anos, quatro cursos privados suspenderam seus vestibulares para o Curso de Terapia Ocupacional, ficando o Maranhão (MA) que possuía dois cursos privados, sem nenhum curso em atividade,

a Bahia (BA), com o Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina, em situação de suspensão de vestibular, e Rio Grande do Norte (RN) com o curso da Universidade Potiguar na mesma situação de suspensão. O Estado do Ceará (CE), no início deste estudo estava com seu único curso, privado, que funcionava na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) em situação de suspensão de vestibular, mas após a coleta de dados, foi aberto o Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Ceará (UECE) que garantirá a continuidade na formação de terapeutas ocupacionais para atender as demandas desse profissional para o estado do Ceará, mas não pode mais ser inserido nesse estudo por já ter finalizado a coleta de dados. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Campus Santa Cruz, já aprovou um projeto pedagógico do curso de Terapia Ocupacional e está em fase de previsão orçamentária para sua abertura. O projeto pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional está em tramitação na Universidade Federal da Bahia (UFBA), com aprovação em todas as instâncias, aguardando orçamento para implantação do curso.

Portanto, a previsão é que apenas o Maranhão não tenha o Curso de Terapia Ocupacional no Nordeste, por um tempo, apesar de que o Sistema COFFITO/CREFITOs já se reuniu com as autoridades acadêmicas das instituições de ensino superior daquele Estado, com o propósito de conseguir abertura dos cursos na Universidade Federal do Maranhão e na universidade estadual. A região Centro Oeste possui apenas um estado que nunca possuiu um curso de Terapia Ocupacional que é o Mato Grosso, pois o Mato Grosso do Sul e Goiás, possuíram cursos em instituições de ensino superior, privadas, e suspenderam seus vestibulares. Atualmente, apenas a Universidade de Brasília (UNB) oferta o curso de Terapia Ocupacional em toda a região. Na região Sudeste existem nove instituições de ensino superior, públicas e sete privadas perfazendo um total de dezesseis cursos. Na região Sul, existem três cursos públicos, sendo dois no Rio Grande do Sul, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e a Universidade de Pelotas (UFPEL) e um no Paraná, na Universidade Federal do paraná (UFPR). Em Santa Catarina existe um curso de Terapia Ocupacional privado, em Joinville. Esse  o cenário da distribuio desigual e descontextualizada do Curso de Terapia Ocupacional em relao  distribuio nas instituio de ensino superior, num cenário comprovado de não atendimento da demanda de terapeutas ocupacionais para atuar nas políticas públicas do país garantindo de forma universal os

atendimentos da Terapia Ocupacional à população brasileira como preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

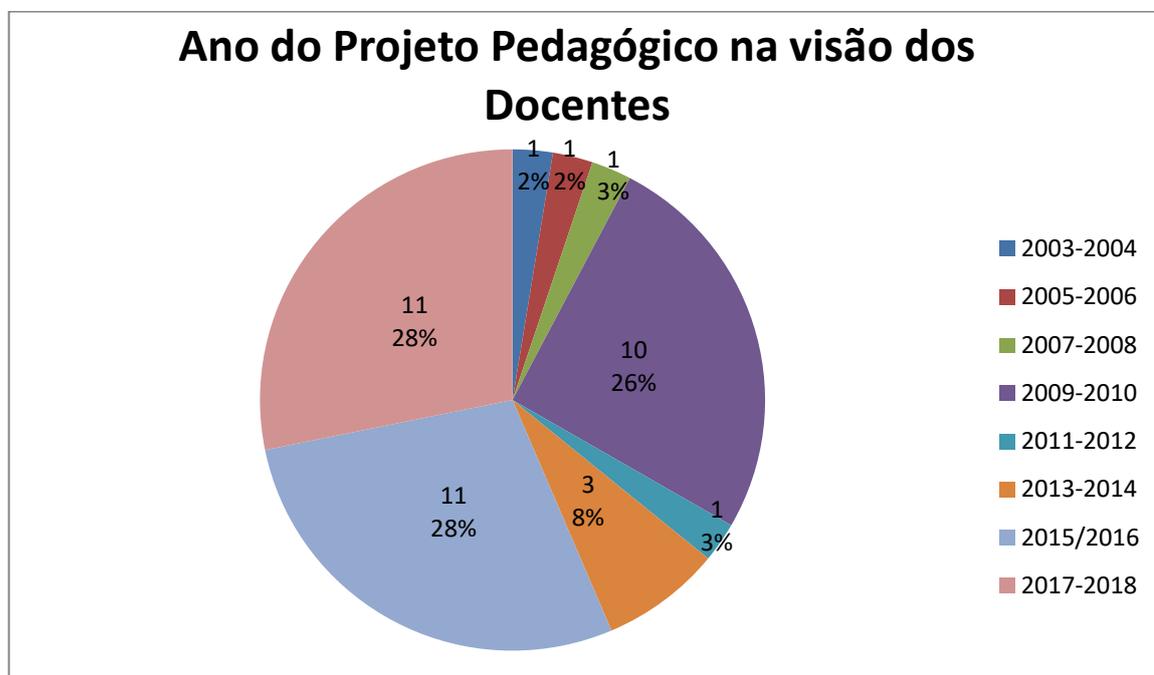


Gráfico 11. Qual o ano de aprovação do PP original do seu curso ou da última atualização?(Questão 2) N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Os dados do gráfico acima apresentam as datas da última atualização dos projetos pedagógicos, o que favorece um panorama favorável, pois a maioria deles, ou seja, um percentual de 92%, indicam que tem até dez anos de atualização, portanto, todos foram elaborados, posteriormente, à publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional, Resolução CNE nº 06/2002. Esses dados coincidem com os dados do Gráfico 2 resultante da data de elaboração do PP nos cursos novos ou de atualização do PP nos cursos com maior tempo de existência atualização.

As respostas dos docentes quanto à data de atualização dos PP de seus cursos, na sua maioria correspondeu com a data que consta no site do curso onde está disponibilizado ou com a diferença de um ano, o que sugere que a data que consta a elaboração final do PP, muitas vezes não é correspondente à data da publicação devido às várias instâncias acadêmicas pelas quais percorre o PP para a aprovação final. No entanto, observou-se certa discrepância com docentes que

informaram datas como o ano de “2009” quando o PP está disponibilizado com a data de “2016”. Essa data preenchida sugere que o docente estava se referindo à data do PP que originou a abertura do curso. No entanto, os maiores percentuais no Gráfico 2 é referente aos anos da publicação dos PP, com um percentual de 28% , cada, existindo uma equivalência com as respostas dos questionários dos docentes no Gráfico 11, que responderam com essa opção, ou seja, de 2015 a 2016, e de 2017 a 2018 num percentual de 28%, coincidindo que ambos tem maior concentração de respostas nesse período.

Todo PP representa um trabalho coletivo constituído por uma equipe de profissionais, no caso os docentes, que se aliam em torno de objetivos comuns e metas pertinentes e possíveis de serem alcançadas levando em consideração os recursos disponíveis atuais e os viáveis para o futuro. Através do PP é possível se conhecer a estrutura do curso e perceber seu funcionamento pelos fluxos descritos no documento pedagógico. O PP deve ser dinâmico permitindo a construção de uma avaliação permanente para que nos períodos de atualização, grande parte desse conhecimento já esteja disponível, subsidiando o trabalho da atualização do PP como um trabalho contínuo e permanente.

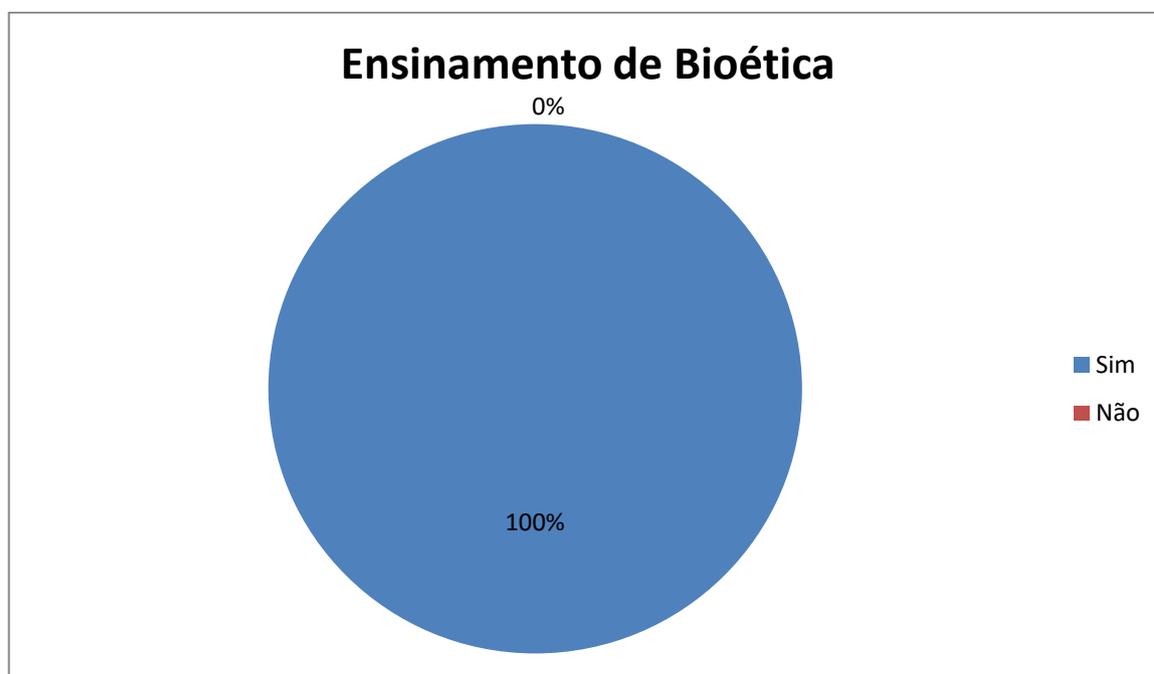


Gráfico 12 No curso que você é docente existe ensino de Bioética? (Questão 3)

Fonte: Pesquisa da autora (2018) N=41

As respostas enviadas suscitaram uma compreensão à autora de que o reconhecimento da Bioética nos cursos de Terapia Ocupacional avançou com maior incremento das disciplinas, pois superaram as expectativas em relação à inclusão da Bioética nos PP dos cursos de Terapia Ocupacional. Apesar de ter uma ideia preliminar de que a maioria dos Cursos de Terapia Ocupacional já vinha incluindo esse conhecimento, a expectativa ainda era menor do que o resultado obtido na análise dos projetos pedagógicos e nas respostas dos docentes. Numa análise comparativa entre as respostas desse item pelos docentes, onde 100% referem ter ensinamentos de Bioética em seus cursos de Terapia Ocupacional e o que está apresentado no Gráfico 5, na análise do PP referente à presença desse conteúdo nos cursos, com percentual de 15% de inexistência, existe um desacordo entre as informações. Segundo justificativas apresentadas pelos docentes nos cursos onde não consta a disciplina de Bioética, nem este conteúdo incluído em outras disciplinas, afirmam que são conteúdos discutidos durante os estágios através das vivências práticas. É uma questão difícil de ser mensurada porque o estágio tem sua programação composta pela vivência e reuniões de supervisão de estágios, não dispondo de ementas com conteúdo programático para essa análise.

Além do mais, me parece que essa discussão nos estágios fica a critério da subjetividade do docente supervisor. Para a conclusão final desse estudo será referenciado o Gráfico 5 resultante do levantamento pedagógico por estar se fundamentando em documentos comprobatórios, mantendo o índice de 75% de conteúdos de Bioética nos cursos de Terapia Ocupacional, públicos no Brasil.

O reconhecimento do conteúdo da Bioética no Curso, mesmo onde não existem disciplina, nem atividade programada, mas é referido nas discussões de supervisão de estágio, se por um lado é favorável pelo fato de se entender que conhecimento, não necessita estar organizado por disciplina, mas por outro lado, é desfavorável, quando não é apresentado, minimamente, uma sistematização estando dependo da subjetividade do docente supervisor de estágio. O quadro a seguir apresenta uma clareza dos resultados demonstrados.

A preocupação nesse momento é referente aos conteúdos incluídos nas disciplinas ou em outras atividades realizadas para que possa ser superado o modelo anterior de bioética ser sinônimo de cuidados com pesquisa e estudo da deontologia.

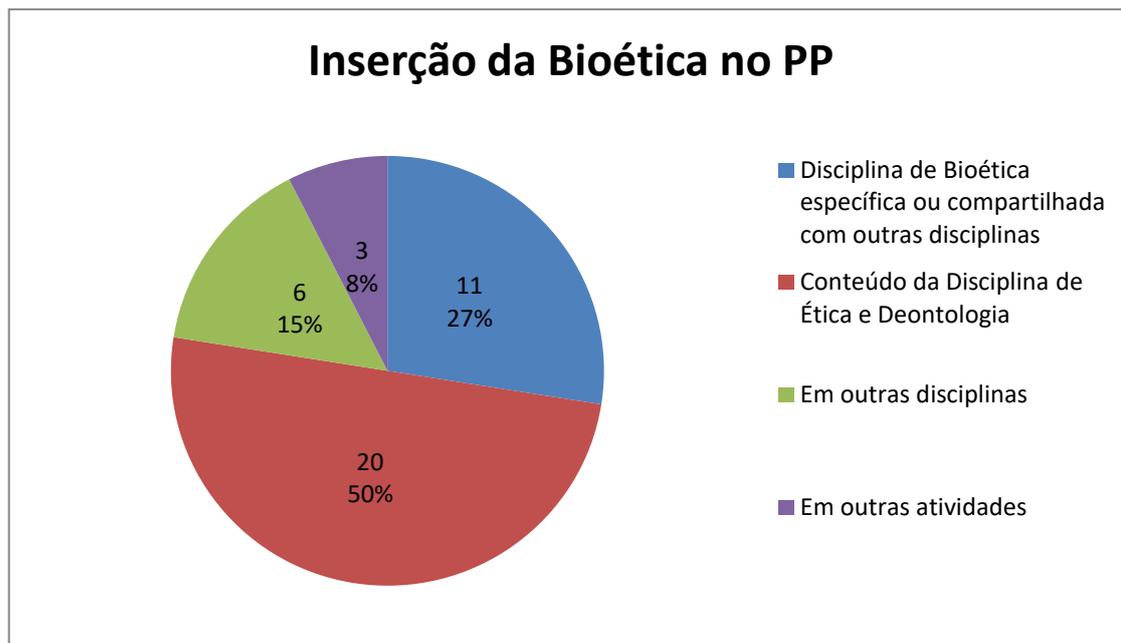


Gráfico 13. Como o conteúdo da Bioética é contemplado? (Disciplina de Bioética específica ou compartilhada com outras disciplinas como Ética e Deontologia; Está como conteúdo na disciplina de ética e Deontologia; Está como conteúdo em outras disciplinas; O conteúdo é discutido em outras atividades) (Questão 4) N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Das 41 respostas analisadas, a maioria dos docentes era de cursos de Terapia Ocupacional que discutem a Bioética como conteúdo na Disciplina de Ética e Deontologia e não de cursos onde existe a disciplina de Bioética específica ou compartilhada com outros temas. Como os questionários foram distribuídos aos docentes de forma aleatória, sem ser por curso, esse resultado diferente da análise dos PP é previsível. No entanto, o resultado que a maioria dos cursos de Terapia Ocupacional possui o ensinamento da Bioética seja em disciplinas de Bioética específicas ou compartilhadas (27%) ou como conteúdo da disciplina de Ética e Deontologia (50%) se confirmou com a soma dos dois percentuais, chegando a 77% dos cursos.

As discussões ocorridas em 2000 e 2001 para elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional, possibilitaram a inclusão de temas importantes sobre Bioética. Terapeutas ocupacionais que já haviam participado de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), de eventos de Bioética puderam colaborar com essas discussões, como esta autora, que nesse período tinha participado de

Congressos Brasileiros de Bioética, de palestras e do CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Além das colaborações dos terapeutas ocupacionais com essas vivências, a discussão da Bioética tramitando em produções de outras profissões, também proporcionou colaboração. Desses debates resultou a inclusão no artigo 4º, item I,

Art. 4º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ético-bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (56).

Apesar de ser positivo identificar conteúdos da Bioética na disciplina de Ética e Deontologia (51,42%) na maioria dos cursos, acompanhado de disciplinas que já apresentam a demarcação da Bioética na denominação da disciplina (28,57%), acreditamos na importância de atingir um patamar onde a maioria tenha a denominação de Bioética, não apenas pela demarcação da importância desse ensinamento no currículo, como pelo fato de proporcionar uma maior carga horária para a Bioética, pois muitas vezes, esse compartilhamento com Ética e Deontologia ou outras, resulta em uma carga horária ínfima para Bioética.

Nesse estudo, pretendemos enfatizar a importância do reconhecimento da necessidade da formação bioética em todas as disciplinas que participam da interdisciplinaridade da Bioética e, em sentido amplo, todas as do saber humano. A interdisciplinaridade que é imprescindível para a Bioética não pode ser considerada uma aglomeração de profissionais que possuem uma ação conjunta inespecífica, onde os saberes são apropriados uns dos outros sem critérios e pertinências para essa utilização do conhecimento, e, por falta de habilitação e qualificação para essa atuação, aplicam as estratégias na superficialidade da demanda sem cumprimento

das normas regulamentadores. Essa forma de atuação não pode ser considerada interdisciplinar. No trabalho de forma integrada, verdadeiramente, interdisciplinar, são utilizadas ações com as responsabilidades específicas de cada uma das disciplinas e de seus respectivos profissionais e ações compartilhadas nos núcleos comuns do saber. Existem cursos de formação de diversos profissionais, que inexistem a disciplina de Bioética, ou compartilhada e nem mesmo a expressão Bioética foi ainda incorporada. Nem mesmo a ética de deveres e de direitos é incluída nos currículos e quando o é, não tem a força que deveria ter.

O ensino da Bioética não pode ser limitado apenas a uma disciplina em dado semestre, mas fazer parte do cotidiano dessa formação, com conteúdos transversais nas demais disciplinas, em projetos de extensão e pesquisa. Deve estar inserida como condição para o treinamento em serviços no processo de ensino-aprendizagem.

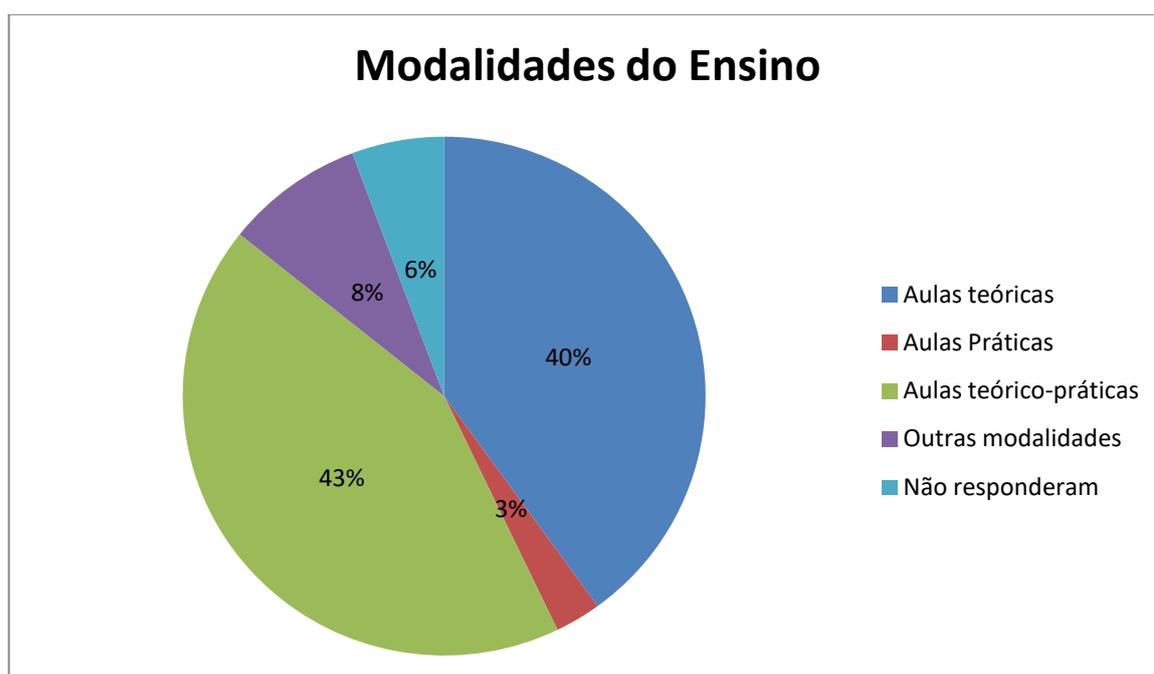


Gráfico 14 Qual a modalidade que o ensino da Bioética é repassado? (Questão 5): N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

De acordo com as respostas, a maioria dos cursos ofertam aulas teóricas, mas com práticas que pelas anotações espontâneas realizadas nos questionários já que não havia o questionamento de como realizavam as práticas, estas são

realizadas através de exposições de filmes com debates, realização de seminários com apresentação dos alunos, visitas.

O ensino da Bioética no momento atual, não pode mais ser limitado à discussão da pesquisa e das situações persistentes como eutanásia, aborto, transfusão de sangue, dentre outras. A fundamentação teórica vai muito além, com abordagens conceituais, situações emergentes, situações emergentes, princípios da Bioética da DUBDH, a bioética e as políticas públicas, dentre outras. Atualmente, a bioética, devido a sua pluralidade nas diversas concepções de paradigmas, compartilha diversas fundamentações teóricas e abordagens metodológicas voltadas aos processos ativos de aprendizagem. Nas situações práticas do processo ensino-aprendizagem, podem ser utilizadas abordagens pedagógicas em busca de melhores resultados, a exemplo da utilização de exposição de situações- problema, utilização de filmes, produção de blogs, oficinas alternativas de produção, júris simulados, entrevistas, entre outras. O processo permite a compreensão de que não basta deter conhecimento teórico, pois é justamente a interação com a realidade, ouvir o argumento e conhecer os valores do outro que torna possível alcançar soluções consensuais e justas para todos, de modo a responder às expectativas e reconhecimento de que ninguém pode reivindicar para si o direito de monopolizar a verdade e que todos nós temos que fazer um esforço para sermos receptivos, isto é, aceitar a possibilidade de questionar nossas convicções e outras posições quando houver razoabilidade de outros argumentos. É necessária a disponibilidade para uma escuta recíproca, o enriquecimento da concorrência profissionalismo interdisciplinar e a autenticidade de acordos. Dogmatismos científicos ou espiritualistas e as visões reducionistas são um verdadeiro obstáculo para a compreensão dos dilemas bioéticos. A falta desse conhecimento e da adoção dessas atitudes pelo profissional inviabiliza o diálogo bioético (79).

Quadro 1 - Qual a compreensão dos docentes sobre Bioética? (Questão 6)

N=41

Categoria Temática	Questionários	Percentual	Comentário
Proteção à Vida Humana (respeito à vida, liberdade, conflitos éticos, valores morais, direitos humanos, participação social)	21	52,00 %	Referiram que compreendem que a maior importância da Bioética é direcionar questões de proteção à vida humana.
Cuidado na saúde	16	45,70%	Forte tendência a direcionar o estudo da Bioética apenas para a saúde, estando expresso em questionários, onde essa temática foi indicada como relevante.
Compreensão na Deontologia (Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional)	6	14,08%	Indicaram o estudo do Código de Ética como uma função importante da Bioética
Implicações na Pesquisa (normas e legislação)-	20	51,0%	Indicaram a pesquisa, com suas normas e resoluções como fundamental na Bioética.
Proteção à vida animal	5	12,40%	Com a predominância da associação da Bioética à vida humana, poucos docentes que se detém a indicar a proteção animal como importante na Bioética.
Proteção ambiental	4	9,80%	A compreensão da questão ambiental como importante na Bioética tem sido recente, o que é demonstrado num contingente de apenas três questionários,
Respostas indefinidas	2	5,10%	Respostas confusas que não possibilitaram entendimento
Não responderam	2	5,10%	Nenhuma resposta na questão

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Diante das respostas encaminhadas pelos docentes sobre a compreensão que tinham sobre o que trata a Bioética, foram criadas categorias temáticas que agrupassem expressões afins. Foram criadas as seguintes categorias temáticas, descritas no Quadro acima.

A ideia de Proteção à Vida teve um resultado maior do que temas de Cuidado na Saúde, o que podemos considerar um avanço entre os docentes de Terapia Ocupacional, pois em discussões sobre Bioética em eventos, inclusive, o que apresentamos trabalho oral, no Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional, em Fortaleza, Ceará, ficou claro que a ideia central como conhecimento voltado prioritariamente para a Saúde ainda predominava. Nesse estudo, a partir das respostas, é visto um maior entendimento ampliado da Bioética. A inserção, nos últimos tempos, das disciplinas de Bioética, nos cursos de Terapia Ocupacional, deve referendar a ampliação da visão da Bioética voltada para a proteção da vida. Nos questionários, os docentes referem que:

“São conhecimentos que protegem à vida e o ser humano”(Q-1)

“Tem relação com todo o trabalho com o ser humano” (Q-2)

“É um estudo das questões da vida”. (Q-4)

“Princípios que regulam o cuidado com a vida do ser humano”(Q-6)

Segundo Garrafa (2005), percebe-se a necessidade de uma bioética politizada, que não se melindre com o preciosismo acadêmico no debate sociopolítico, que seja capaz de questionar a ordem estabelecida em nossa sociedade, que questione e promova inclusão social dos indivíduos a partir de conceitos como empoderamento, libertação e emancipação (41).

Para que o indivíduo se constitua em um ser de direitos, tenha plena consciência desse direito, é necessário ser emponderado para que tenha voz ativa sobre si mesmo e sobre seu construto social. Deve exercer seus direitos e poder de decisão sobre seu próprio corpo, fazendo suas escolhas. Essa ação não deve ser compreendida apenas para o indivíduo, mas para a coletividade com ações coletivas e que levam a espaços privilegiados de decisões de consciência social de direitos(46).

Observa-se que a pouca associação da Bioética às questões da proteção à vida animal e ambiental ainda é marcante, sendo necessária maior informação

durante a formação profissional para ampliar esse entendimento. Essa questão é observada no percentual muito baixo de 12,40 % para a vida animal e 9,80% para a relação com o ambiente. Um dos questionários inseridos no percentual de 11,42%, dentre os quatro questionários respondidos sobre essas temáticas voltadas para proteção animal e ambiental, enfatiza, o estudo das questões da vida humana, *humana* e ambiental, numa visão ampla, apesar de não ministrar aula na disciplina.

Nesse sentido, a contribuição da DUBDH como referencial complementar para fundamentação da Bioética na formação do terapeuta ocupacional, pode ser manifestada com o conhecimento do conteúdo do artigo 3º que trata de questões trazidas pelos docentes nas suas manifestações verbais sobre do que trata a Bioética. No artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos, a dignidade, os direitos devem ser respeitados e o bem estar do indivíduo é considerado prioridade frente aos interesses da pesquisa.

A busca de justiça social, como projeto fundante da dignidade e liberdade humana, é o que efetivamente aproxima a Pedagogia da Libertação da construção de uma bioética plural, comprometida com os mais frágeis. A libertação proposta por Freire, em parceria com a BI, significa um corte austero e radical na lógica de mercado, que permita o compromisso irrevogável com uma ética universal que contemple a todos os oprimidos, livrando-os das amarras que os vitimizam, na medida em que os impede de ter consciência crítica dos projetos imperialistas a que estão submetidos.(18)

Quadro 2 - Quais temas se atribuem a conteúdos da Bioética? (Questão 7):**N=41**

Categorias Temáticas	Questionários	Percentual	Comentários
Conceitos, histórico, direitos humanos, cultura	3	7,50 %	A informação básica sobre Bioética é fundamental.
Princípios da bioética (autonomia, beneficência, justiça, não maleficência, discriminação, sigilo, equidade)	13	31,8%	Os princípios da Bioética do Princípio do Princípio ainda predominam nos conteúdos. Não houve citação da DUBDH
Situações Persistentes (eutanásia, aborto, finitude da vida)	9	22,00%	As questões de Bioética que estão sempre em evidência na mídia
Situações Emergentes (clonagem, eugenia, transplante, transgênicos, células tronco, tecnologias)	7	17,2%	As questões de Bioética que estão sempre em evidência na mídia
Pesquisa (TCLE, CONEP/CEP, com seres humanos e animais)	10	24,5%	A Pesquisa ainda é um tema muito evidenciado pelos alunos e docentes
Grupos especiais (indígenas, quilombolas,)	3	7,50%	É pertinente que essa temática tenha surgido porque a Terapia Ocupacional atua muito com exclusão
Ética e Deontologia	2	5,10%	O Código de Ética precisa ser debatido no meio reflexivo e crítico
Ética do Cuidado (qualificação no tratamento, cuidar do idoso, das pessoas com deficiência, rompimento).	11	27,0%	A preocupação com a qualidade da intervenção é constante para não infringir
Bioética e Política Pública	2	5,10%	Percebe-se que surgem as exposições da integração da Bioética na política pública.
Biopoder	2	5,10%	Temática recente, mas já proposta na UFPE.
Resposta Indefinida	4	9,80%	Alguns conteúdos apresentados estavam incompreensíveis

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Na questão apresentada foi observado que os temas de Bioética citados com mais frequência entre os docentes que responderam os questionários, ainda são centrados na pesquisa e nos princípios da corrente principialista. Em seguida, pelos temas persistentes e emergentes da Bioética, pois é compreensível que surjam como temáticas já que estão frequentemente na mídia e seus conflitos são os que levam maior visibilidade da Bioética.

A preocupação com a aplicabilidade dos saberes da Bioética, muito além, do que na pesquisa e nas situações que suscitam a mídia, é na consistência de sua teoria e da politização da bioética. Nos resultados apresentados observam-se temas gerais e voltados para a Terapia ocupacional, mas existe ínfima citação às políticas públicas como um conteúdo da Bioética, tendo sido assinalada apenas por dois docentes. Outras questões importantes não surgiram nas respostas dos docentes foi a questão da multi, inter e transdisciplinaridade na Bioética que é fundamental na concepção de pluralidade e enfrentamento dos dilemas éticos.

Observamos inserção favorável da Terapia Ocupacional no capital social onde transita a profissão, pois em sua prática profissional, os conteúdos da formação acadêmica são muito voltados à integração grupal, a relação terapeuta-paciente de forma mais horizontalizada, dinâmica de grupos, o que favorece o trânsito no campo da saúde e da assistência social, como em outros campos, de forma mais favorável, demonstrando muita habilidade para a atuação interprofissional e o manejo com a clientela e a equipe de trabalho. As forças e oportunidades da Terapia Ocupacional, pois a militância política em defesa da profissão é uma constante, percebida, claramente, nas ações do Sistema COFFITO/CREFITO, quando os terapeutas ocupacionais manifestam a disposição de luta pelo desmembramento do Sistema. Essa necessidade de criação de Conselhos Profissionais próprios da Terapia Ocupacional se fundamenta nas limitações da Terapia Ocupacional que participa de colegiados no Conselho Federal e Regionais, onde a subordinação imposta à profissão pelo quantitativo superior de conselheiros fisioterapeutas é evidente (73).

A bioética, numa concepção ampla, se insere nessa complexidade do mundo, nos debates metodológicos sobre disciplinaridade ou interdisciplinaridade, suscitando muitos questionamentos em vários aspectos, como questões conceituais que indagam se a Bioética é uma disciplina ou um campo interdisciplinar, se a bioética é única em sua diversidade, ou se existem vários tipos de Bioética, se deve

ser ensinada através de uma disciplina própria, com disciplina própria e também de forma transversal nas demais disciplinas, ou apenas de forma disciplinar.

Nos questionários analisados fica bem evidente a condução da Bioética nos Cursos de Terapia Ocupacional voltadas a um estudo no âmbito da formação do terapeuta ocupacional, sem nenhuma menção a atividades compartilhadas com outros cursos, quando esse pluralismo no ensino da Bioética seria muito enriquecedor para o desenvolvimento de práticas capazes de mediar conflitos com maior facilidade e efetividade.

Observa-se, que os cursos de Terapia Ocupacional têm avançado no conhecimento da Bioética apresentando um cenário satisfatório, mas tendo muito que avançar. A corrente principialista tem sido o enfoque mais predominante, com 31,8% das respostas, não havendo citação à Bioética de Intervenção, também, como referencial teórico e da DUBDH como norteador de princípios nas respostas apresentadas. Esse estudo pretende servir de subsídio para novas perspectivas numa concepção contra - hegemônica considerando a Bioética de Intervenção como o referencial da Bioética para a Terapia Ocupacional e a DUBDH como fundamentação complementar.

As situações persistentes (22%) e emergentes (17,2%), também, apresentam relevância nas respostas com temas que tem visibilidade na mídia e se mantêm como temáticas frequentes ligadas à Bioética. A pluralidade necessita ser muito bem trabalhada no ensino da Bioética, pois são temáticas que envolvem uma diversidade de visões de mundo.

Outro tema de destaque nas respostas foi a Pesquisa em seres humanos (24,5%) que ocupa sempre um lugar importante na relação entre Bioética e as profissões de saúde, no caso deste estudo, a Terapia Ocupacional. A preocupação dos docentes com a proteção dos participantes da Pesquisa é legítima e encontra amparo na DUBDH, em seus artigos 4º que fazem referência à Benefício e Dano, sejam diretos ou indiretos aos pacientes, aos sujeitos da pesquisa.

Nessa referência se menciona que todos os benefícios devem ser maximizados, atingindo maior intensidade nos ganhos para o indivíduo e minimizados, em relação aos danos que possam causar com a aplicação da coleta de dados da pesquisa. Da mesma forma, em seu artigo 6º que se reporta ao consentimento do participante ou seu responsável expresso através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse Termo devem estar contidas

de forma clara e objetiva as informações sobre a pesquisa, sua participação e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem que isso venha lhe causar qualquer constrangimento ou dano.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) coaduna os referenciais teóricos fundamentais da BI e compõe documento especial no tocante à reflexão acerca do acesso aos sistemas de saúde pelas populações mais vulneráveis, levando em conta os diferentes contextos socioculturais sob a perspectiva da equidade, da justiça e da inclusão social. Assim, uma das considerações de seu preâmbulo e o artigo 14, que trata da responsabilidade social e saúde, estabelece, respectivamente, que *todos os seres humanos, sem distinção, devem se beneficiar dos mesmos elevados padrões éticos na medicina e nas pesquisas em ciências da vida, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social*. Termos de esclarecimento e responsabilidade à luz da bioética de intervenção (82).

O tema voltado ao cuidado na saúde, à relação entre o cuidador e os usuários/pacientes, a qualificação da assistência prestada e a relação com a Bioética foi um dos que obtiveram maiores percentuais (27%), pois esses pressupostos que norteiam a boa prática profissional é uma preocupação presente nas discussões sobre formação acadêmica.

O CEDTO, que surgia sempre nas discussões sobre Bioética e Terapia Ocupacional, apresentou índice baixo, causando surpresa nos resultados deste estudo. É muito importante clarear para os envolvidos que a Bioética não é Deontologia, mas que essa temática faz parte do contexto.

Quadro 3 - O que identifica como dilemas e conflitos na Bioética? (Questão 8):**N=41**

Categorias Temáticas	Questionários	Percentual	Comentários
Preconceitos e Discriminação (racismo, machismo, homofobia, etc.	2	5,10%	Apesar do preconceito ser temática do cotidiano, ainda se associa pouco à bioética
Situações Persistentes (aborto, eutanásia, finitude da vida)	4	9,80%	As situações de maior visibilidade na mídia são mais abordadas nos cursos.
Situações Emergentes (clonagem, eugenia, transplante, transgênicos, células tronco, tecnologias	2	5,10%	As situações de maior visibilidade na mídia são mais abordados nos cursos
Problemas no Exercício profissional (segredo profissional)	13	31,80%	Os dilemas com as relações com o paciente, ainda, são vistos como os maiores dilemas pela influência da Deontologia como maior envolvimento.
Pesquisa (avanço tecnológico e riscos e benefícios)	13	31,80%	A pesquisa ainda tem uma concepção muito contundente na Bioética
Decisão da revelação diagnóstica,	2	5,10%	Apesar de estar avançando como responsabilidade da equipe, ainda é muito centrada no médico.
Autonomia	9	22,0%	Meta marcante da prática do terapeuta ocupacional.
Conflitos de interesse (medicalização, indústria farmacêutica, questões religiosas).	5	12,40%	A espiritualidade tem se expandido como discussão na profissão
Inclusão dos grupos especiais	6	14,08%	A atuação incipiente da Terapia Ocupacional com populações tradicionais está demonstrada
Não respondeu	7	17,2%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

O Quadro demonstrado acima apresenta uma realidade quanto à preocupação maior ainda na Terapia Ocupacional voltada para a Pesquisa e suas implicações como privacidade e sigilo, riscos e benefícios e, iniciando, nos últimos tempos, uma vertente voltada para os avanços tecnológicos por estar tendo uma elevação no quadro de pesquisas com tecnologia assistiva de ponta para órteses indicadas para pessoas com deficiência.

Outro tema presente com maior significado para os terapeutas ocupacionais é a autonomia, pois a atuação do profissional sempre indica a autonomia e independência como objetivo principal junto ao paciente seja na área física ou mental. Buscar a autonomia do paciente representa um eixo norteador do trabalho do terapeuta ocupacional em diversas áreas de atuação. A revelação diagnóstica foi indicada por dois docentes e é uma temática que vem crescendo entre os profissionais da especialidade de Contexto Hospitalar e Cuidados Paliativos, onde esse compartilhamento, de comunicar ao paciente e sua família, questões difíceis do diagnóstico e prognóstico, têm sido mais frequentes. Nos outros campos de atuação, essa função ainda é delegada ao médico, motivo pelo qual poucos docentes indicaram como dilema na Bioética.

As questões de situações persistentes e emergentes da Bioética tem uma visibilidade na mídia e nos meios acadêmico muito grande, sendo sempre motivo de debates e é um espaço onde aflora a pluralidade da sociedade e quando necessita de uma condução pertinente nessas discussões pelo fato dos entraves ao respeito às diferentes opiniões, à diversidade e à tolerância religiosa. Apesar das dificuldades são temas que precisam ser trazidos para o debate na formação profissional, preparando esses profissionais para conviverem numa sociedade plural e estabelecerem relação terapeuta-paciente com pessoas antagônicas relacionadas à sua visão de mundo.

A autonomia tem se apresentado como item com maiores percentuais nos gráficos decorrentes das respostas dos docentes corroborando para a compreensão da importância da autonomia como objetivo da Terapia Ocupacional diante de indivíduos, grupos e coletividades.



Gráfico 15 Você identifica correlação entre a Bioética e a Terapia Ocupacional? (Questão 9) N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Nesse gráfico, gráfico 15, tivemos apenas um questionário com uma resposta negativa que nos trouxe preocupação quanto à justificativa apresentada. Segundo o docente, “ não há relação entre a Bioética e o cotidiano das pessoas onde a Terapia Ocupacional atua junto ao paciente, por ser esse cotidiano rodeado de questões éticas e sociais e não de bioética”, trazendo uma lacuna entre a bioética e as questões sociais. Essa resposta é preocupante, pois gerou uma certeza de que é necessário não apenas expandir a Bioética na formação do terapeuta ocupacional, mas promover ações para uma Bioética politizada, contextualizada e comprometida com as políticas públicas do país.

Nas respostas apresentadas, a maioria dos docentes sinalizou de forma positiva reconhecendo no cotidiano das pessoas, grupos e coletividades frequentes dilemas bioéticos a serem enfrentados e o terapeuta ocupacional com uma possibilidade de mediar esses dilemas.

A investigadora das iniciativas em introduzir a Bioética como parte dos conteúdos da proposta pedagógica dos cursos de formação na área da saúde contribui para se compreender não só a fundamentação da Bioética, em seus

conceitos, princípios e concepções teóricas, mas como está sendo ensinada. É importante que possamos observar, a forma como a Bioética tem promovido mudanças de conduta, tendo alterado ou não o significado do trabalho na área da saúde. Assim faz sentido estudar o tema “formação de profissionais de saúde frente à exigência da Bioética”. Essa investigação deve procurar compreender como o curso foi organizado curricularmente, qual o espaço da Bioética em sua grade de atividades e qual a compreensão dos docentes nesse contexto (83).

Quadro 4 - Porque você indica relação entre temas da Bioética e a atuação na Terapia Ocupacional? (Questão 9-Fundamentação) N=41

Categoria Temática	Questionários	Percentual	Comentários
Autonomia	12	29,50%	No estudo do Cotidiano e da Ocupação Humana, esse tema é um dos mais relevantes
Relacionamento interpessoal (direitos humanos, respeito à pessoa, respeito às diferenças, valores morais, protagonismo do sujeito,).	12	29,50%	A contribuição da Bioética na construção da relação terapeuta-paciente
Cumprimento do CEDTO (normas e princípios, conflitos, sigilo)	8	19,7%	Norteia a conduta do profissional
Em busca da qualificação da prática	16	39,2%	As questões da Bioética facilitam à reflexão para uma consciência mais crítica
Realização de Pesquisa	3	7,50%	É mais um campo de pesquisa para a Terapia Ocupacional
Indefinida resposta	2	5,10%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Os docentes, em sua maioria, identificaram relação da Bioética com sua prática profissional, identificando a qualificação da sua atuação profissional, reconhecendo que o conhecimento da Bioética contribui nessa qualificação, com afirmações como: lidar com pessoas em suas vidas reais, nos aproxima de dilemas

éticos concretos. A Bioética favorece aos estudantes e profissionais, reflexões em torno de questões complexas.

A Bioética favorece o cotidiano promovendo reflexões em questões pertinentes aos dilemas éticos que ocorrem no dia a dia numa relação direta com a autonomia exercida por indivíduos, grupos ou coletividades. As profissões que em suas intervenções apostam na relação com a alteridade, com o outro, com uma determinada cultura de grupos e populações, coloca em análise questões da Bioética.

O terapeuta ocupacional que atua com gerenciamento do cotidiano junto a pessoas tem que ter uma compreensão da bioética contextualizada e problematizadora para resolver conflitos numa visão pluralista.

A autonomia, como objetivo central da Terapia Ocupacional, está explicitada no artigo 5º da DUBDH- Autonomia e Responsabilidade Individual; determinado que deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Paulo Freire dá um sentido social e político ao conceito de autonomia, dizendo que o homem é o único ser capaz de aprender com satisfação, na convicção de que a mudança é possível, pois o aprendizado é uma descoberta criadora, envolvendo o risco e a aventura de ser. A autonomia pode ser expressa na liberdade para agir, tomar decisões e realizar escolhas (84).

Quadro 5 - Como a bioética contribui para a formação do terapeuta ocupacional? (Questão10):N=41

Categoria temática	Questionários	Percentual	Comentários
Na relação com o paciente (respeito à vida, protagonismo do sujeito, preservação dos direitos humanos, não maleficência, principlalismo, contra preconceitos, respeito às pessoas com deficiência)	9	22,0%	A relação terapeuta-paciente adequada é sempre o maior investimento do profissional
Na relação com a prática profissional (compromisso com a dignidade e cidadania, melhoria na ação profissional, politização, ser crítico e acatar o pluralismo)	10	24,5%	O conhecimento da Bioética fortalece a capacidade do profissional de lidar com os dilemas e conflitos
Cumprimento do CEDTO (limites da atuação profissional)	5	12,40%	O CEDTO precisa ser vivenciado como um norteador da conduta superando a conotação coercitiva
Na participação de pesquisa	4	9,80%	A pesquisa tem expandindo devido à qualificação dos docentes, mas ainda precisa de continuidade.
Na autonomia	6	14.08%	Ação primordial no Fazer do terapeuta ocupacional e está sempre sendo mencionada nas respostas
Resposta indefinida	5	12,40%	
Não respondeu	1	2,50%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

A qualificação da assistência prestada em sua atuação profissional deve ser um propósito permanente do profissional de saúde. Questionados, os docentes, de Terapia Ocupacional indicaram que a Bioética pode contribuir para a formação do terapeuta ocupacional, identificando conteúdos nesse conhecimento que favorecem essa formação. Algumas das citações, descreveram que:

“Contribui despertando para um posicionamento crítico, sem vieses culturais, religiosos e políticos”.

Essa afirmação se por um lado, acolhe a importância do posicionamento crítico, por outro lado aponta que não deve ter vieses políticos, sendo incompatível essa dissociação. Se a docente quis se referir ao partidarismo na condição política, também, é questionável porque é importante a tolerância às diferenças, inclusive, partidárias, mas não identifico na Bioética de Intervenção a condução para essa neutralidade entre as pessoas.

Outras afirmações, como:

“Promovendo a reflexão sobre a autonomia do sujeito e a produção de saúde e defesa da vida”.

“Por princípios veiculados na teoria principialista e da ética do cuidado.”

“Principalmente, para os estudos sobre o ser humano”.

“Ela torna mais complexa a noção do cotidiano, politiza de certa maneira o trabalho do terapeuta ocupacional”.

Um percentual de 82,87% das respostas dos questionários aponta o reconhecimento da importância da Bioética na formação do terapeuta ocupacional, mas revela, ainda a tendência ao principialismo e formas de abordar a politização da Bioética que não satisfazem às necessidades de mediação junto às políticas públicas.

O ensino da Bioética se direciona no sentido de uma estratégia adequada de transmitir e treinar os alunos para reconhecer valores que norteiem a condução de sua conduta profissional. Este é o desafio mais importante para um educador e para um professor de bioética. Estabelecer uma relação de proximidade com o aluno que possa reconhecer sua intimidade quanto à formação moral, sendo um catalizador de oportunidades para que este possa incorporar, melhorar ou hierarquizar de uma maneira melhor os valores éticos que ele já possui e que adquirirá ao longo de sua vida profissional. Essa estratégia do docente levará o aluno a se reconhecer, a se sentir motivado querer fazer algo, antes mesmo de ter a intenção de fazê-lo, e isso seria anterior à ação moral e à explicitação de valores morais (79).

No Quadro acima, quadro nº5, os docentes identificam como contribuições da Bioética na formação do terapeuta ocupacional, prioritariamente, com maiores percentuais, o investimento desses conteúdos direcionados ao relacionamento com os pacientes, grupos e populações que são atendidas pelo terapeuta ocupacional,

muitos com limitações no poder de decisão, como idosos com demências, pessoas com deficiência com alterações limitantes extremas, dentre outros.

Na DUBDH, identificamos artigos que são direcionados para esse enfoque como o artigo 7º que trata de Indivíduos sem a Capacidade para Consentir descrevendo que “em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento”:

a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;

b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua como benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada (82).

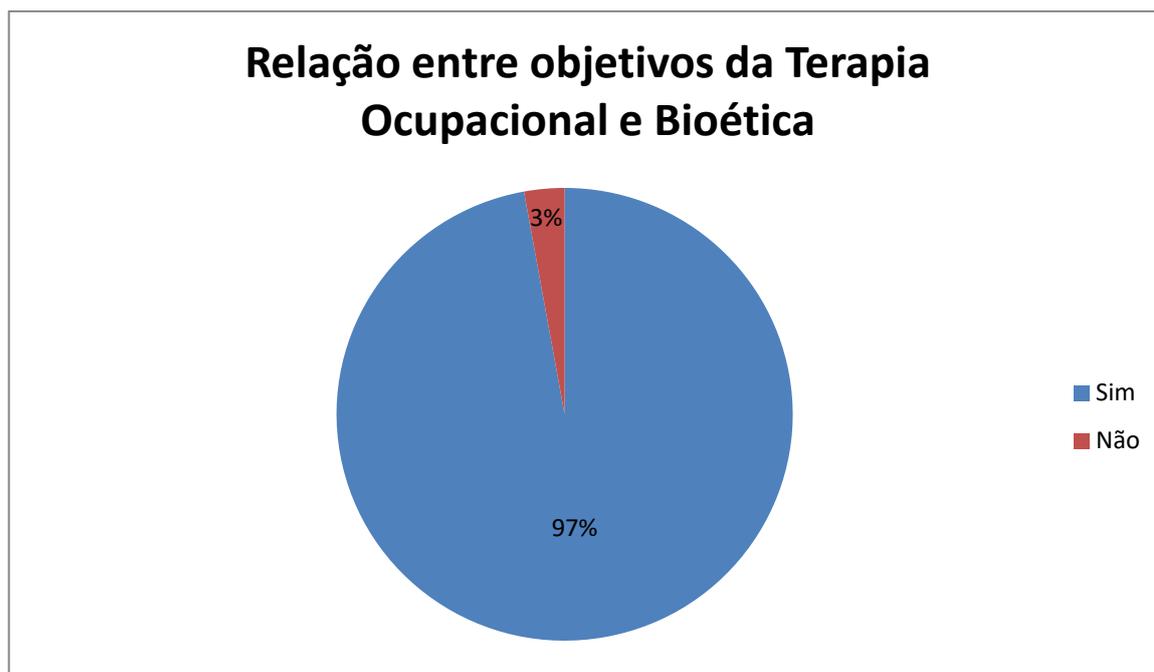


Gráfico 16 - Você identifica relação entre os objetivos da Terapia Ocupacional com os da Bioética? (Questão 11):N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Na resposta desse item, a maioria dos docentes respondeu que reconhece a relação entre os objetivos da Terapia Ocupacional com os conteúdos da Bioética, com apenas uma resposta não de uma docente, mas sem justificativa. Por outro lado, os docentes que responderam afirmativamente, que reconheciam relação entre os objetivos da Terapia Ocupacional e os conteúdos da Bioética, não justificaram de que forma era percebida essa relação, como é demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6 - Como fundamenta a afirmativa da resposta anterior? (Questão 12):**N=41**

Categorias temáticas	Questionários	Percentual	Comentários
Participação social do usuário	2	5,10%	A inclusão e participação social dos usuários são objetivos da Terapia Ocupacional em todas as áreas de atuação
Garantir autonomia	3	7,50%	Objetivo maior na Terapia Ocupacional
Garantir direitos do usuário	4	9,80%	O empoderamento do individuo está sempre presente
Qualificar a intervenção	1	2,50%	A educação permanente é uma busca contínua
Promover pesquisa	1	2,50%	O espírito investigativo tem sido estimulado
Resposta indefinida	3	7,50%	
Respondeu Sim na 11ª, não comentou	13	31,80%	
Não respondeu	1	2,50%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Nesse Quadro 6, dos questionários recebidos, apenas 51,44% dos docentes responderam essa questão, tendo 37,17% apenas respondido que sim, mas não fundamentaram. Os que responderam, tiveram percentual mais elevado na garantia de direitos dos usuários. O que está contemplado no artigo 8º da DUBDH-Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual determinando que “a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

No Quadro 6, a garantia dos direitos dos usuários, a participação social, garantia de autonomia são itens indicados nas respostas dos docentes que buscam minimizar as situações de vulnerabilidade da população atendida.

Na BI os estudos se direcionam principalmente às questões persistentes que se fundam nas profundas desigualdades econômico-sociais dos países do Sul,

resultando em situações de vulnerabilidade na população. A BI se propõe a enfatizar a necessidade de politização dos problemas morais advindos da condição vulnerada da maioria das populações da América Latina e do hemisfério Sul como um todo, com ênfase no Brasil.

A BI é entendida como “proposta de saber em construção, interagindo com os acontecimentos históricos e conjunturais”, totalmente comprometida com o meio social em que se encontra inserida. Essa tomada de posição a coloca numa condição de protagonista na construção de novos saberes. O período em que a BI foi criada e se expandiu como processo em construção, é o mesmo período em que o modelo neoliberal se expande no mundo, na América Latina e no Brasil representando um canal de enfrentamento a esse modelo, denunciando suas contradições, dominação, produzindo contestações, ações e reações contra as desigualdades produzidas e aprofundadas pelo neoliberalismo. Por essa razão, ela nasce como uma bioética militante, comprometida com uma ética da libertação. Por ser uma criação brasileira, obviamente sofreu as influências do seu meio de origem – o Brasil –, com todas as suas potencialidades e limitações. Sendo gestada no espaço acadêmico, influenciou e foi influenciada pelo mesmo, razão pela qual nos interessamos em identificar a relação entre o pensamento de alguns autores brasileiros e os referenciais teóricos da Bioética de Intervenção (16).

A intervenção terapêutica ocupacional se caracteriza pela atuação no desempenho ocupacional, seja de modo preventivo para minimizar riscos e situações de vulnerabilidade que possam comprometer esse desempenho, seja pela atuação frente a comprometimentos motores, sensoriais, psíquicos ou sociais no desempenho ocupacional que alteraram o cotidiano das pessoas. Através das atividades humanas, se oportuniza ao indivíduo possibilidades de desempenhar ações que o levem à capacidade de planejar e organizar o cotidiano o que viabiliza melhoria na qualidade de vida.

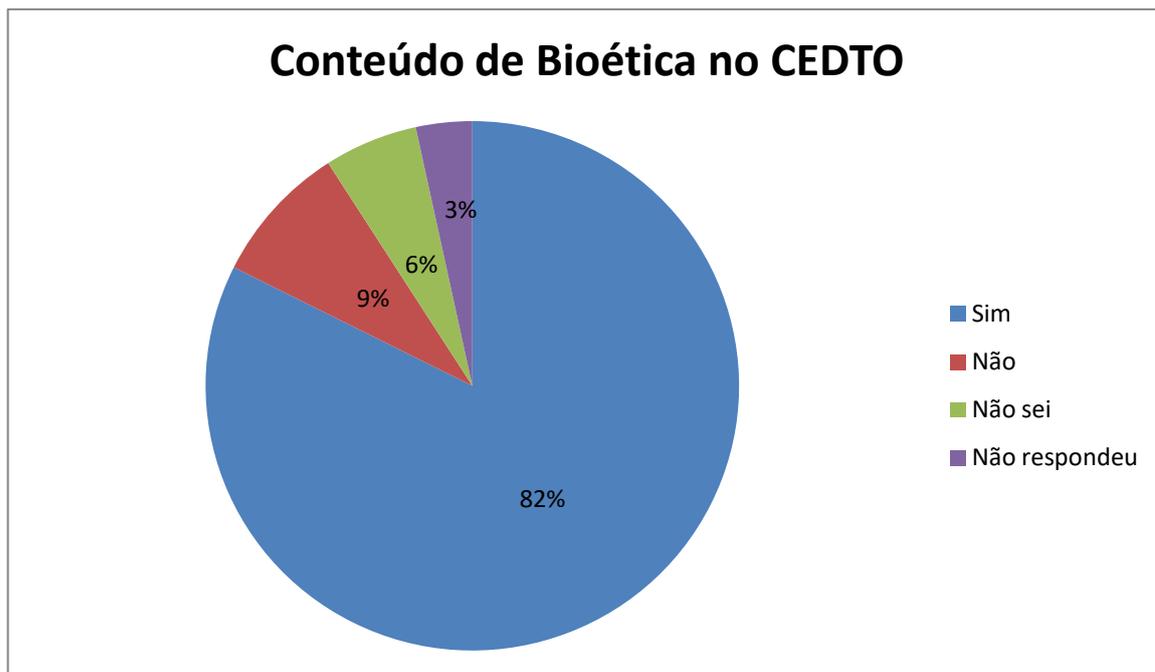


Gráfico 17. Você identifica conteúdos de Bioética no Código de Ética e Deontologia de Terapia Ocupacional (CEDTO)?(Questão 13):N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Os docentes afirmaram numa maioria significativa que existem conteúdos de Bioética no Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, Resolução COFFITO 425/13. Ressaltam que identificam maior correlação nos seguintes capítulos:

Capítulo II - Das Responsabilidades Fundamentais, em seu artigo 8º essa correlação com a Bioética é indicada de forma direta.

Capítulo III- Do Relacionamento Com o Cliente, sendo esse o item de maior percentual no quadro acima.

Capitulo IV - Do Relacionamento Com A Equipe

Capitulo V - Das Responsabilidades No Exercício Da Terapia Ocupacional

Capitulo VI - Do Sigilo Profissional

Capítulo IX - Da Docência, Preceptoria, Da Pesquisa E Produção Científica(77).

No artigo 8º do CEDTO é determinado que “o terapeuta ocupacional deve se atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, capacitando-se em benefício do cliente e do desenvolvimento de sua profissão, devendo se amparar nos princípios bioéticos de beneficência

e não maleficência, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente (77).

O avanço do Código de Ética e Deontologia em Terapia Ocupacional é muito visível, pois além , da profissão ter um Código de Ética próprio, temos conteúdos mais avançados nas questões da bioética apesar de ainda termos a corrente principialista contemplada.

Na DUBDH, o item de privacidade e confiabilidade, está compatível com o conteúdo do CEDTO em seu artigo 9º – Privacidade e Confidencialidade que determina que a privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância como direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos (82).

A Terapia Ocupacional teve seu primeiro Código de Ética e Deontologia publicado em 1978, juntamente com a Fisioterapia, o que sugere ter sido um equívoco histórico tratar duas profissões distintas como sendo uma só diante de um documento deontológico que deveria ser dirigido a cada realidade profissional. O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aprovado através da Resolução COFFITO-10/78, determinou as diretrizes da conduta profissional perante o usuário, à equipe de trabalho e à sociedade em geral numa perspectiva de direitos, deveres e proibições. No dia 23 de maio de 2013, foi publicado o novo Código de Ética Profissional da Terapia Ocupacional, único, distinto da Fisioterapia por uma posição política adotada pelos conselheiros terapeutas ocupacionais do Sistema COFFITO/CREFITOs que já tinham adotado manifestação contrária a publicações de resoluções conjuntas buscando a especificidade, visibilidade e autonomia da Terapia Ocupacional (77).

Quadro 7. Qual a relação que você identifica? (Questão 12-Fundamentação)**N=41**

Categorias temáticas	Questionários	Percentual	Comentários
Relação como usuário (sigilo, divulgação de imagem, negligência, respeito ao paciente, respeito aos valores culturais, à diversidade, No	7	17,02 %	A Bioética se direciona em relação à proteção á vida.
Relação com profissional com o ambiente	1	2,50%	O cuidado com o ambiente vem sendo discutido na Bioética
Princípios da bioética no CEDTO	1	2,50%	O artigo 8º traz essa descrição
Autonomia	3	7,50%	Autonomia quanto à capacidade para tomar decisões.na lógica do paciente e do profissional
Na pesquisa	3	7,50%	São determinadas normas para a pesquisa compatíveis com a legislação vigente
Responderam Sim na questão 11, mas não comentaram.	13	31,80%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

As observações sobre os pontos em consonância foram descritos acima através dos dados das respostas dos docentes no Gráfico 17..

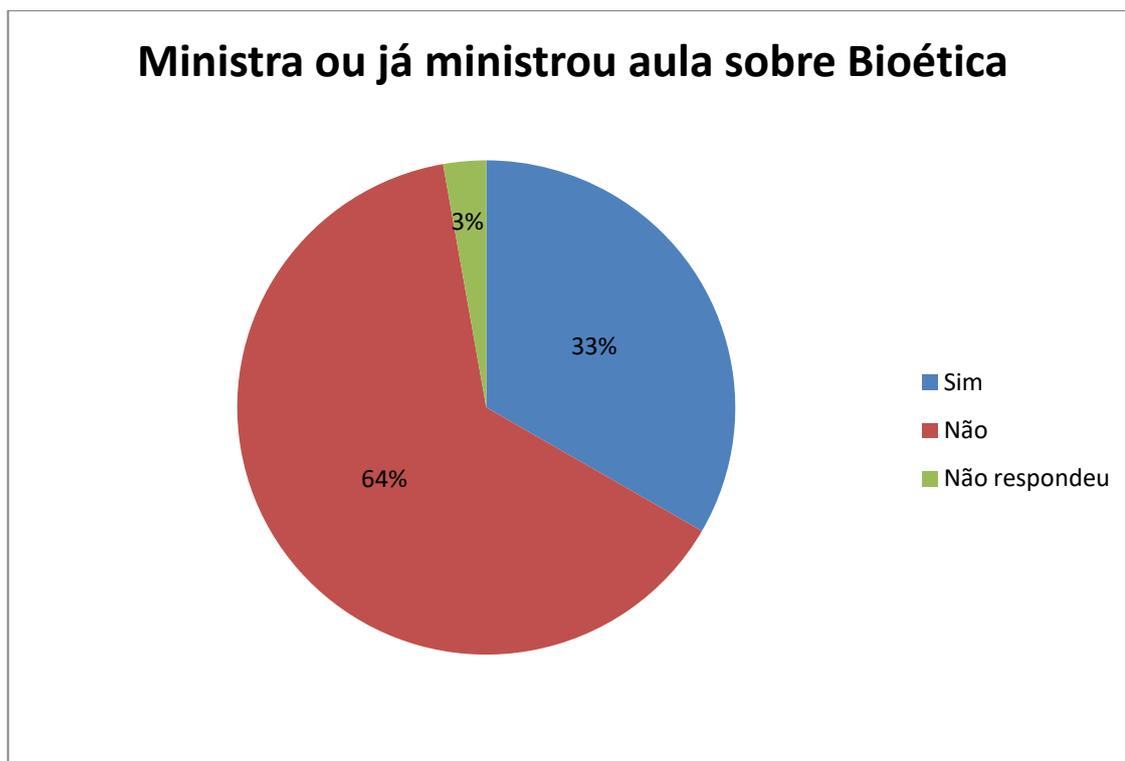


Gráfico 19. Você ministra ou já ministrou aula sobre Bioética ou com esse conteúdo?(Questão 14): N=41

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

A maioria dos docentes, num percentual de 64%, não ministrou ou não está ministrado aula de bioética. Geralmente, as disciplinas como História da Terapia Ocupacional e de Bioética, Ética e Deontologia são passíveis de rodízio entre os docentes, por isso é importante que todos sejam capacitados nesse conhecimento para a qualificação da disciplina.

Quadro 8. Se “Sim”, quais os conteúdos de Bioética das aulas ministradas? (Questão 15) N=41

Categoria Temática	Questionários	Percentual	Comentário
Conceitos e Princípios da Bioética Principialismo e a DUBDH)	7	17,2%	Base fundamental para informações sobre Bioética
Pesquisa (TCLE,riscos e benefícios)	3	7,50%	A normatização da Pesquisa trouxe proteção a integridade das pessoas
Autonomia	3	7,50%	
Deontologia(deveres e limites)	2	5,10%	
Dilemas e conflitos-feminismo,diversidade	3	5,10%	
Situações emergentes	3	5,10%	
Situações Persistentes	3	5,10%	
Ética do Cuidado	1	2,50%	
Políticas públicas e questão social	4	9,80%	
Responderam não serem docentes de Bioética	22	53.7%	

Fonte: Pesquisa da autora (2018)

Os temas apresentados como conteúdos na formação do terapeuta ocupacional estão contidos nos conteúdos da BI e de forma complementar nos artigos da DUBDH . Baseados nesses conteúdos de referência teórica e de documento embasador dessas discussões, se discute as ferramentas para o repasse do conhecimento da Bioética e sua aplicabilidade na vida das pessoas , grupos ou populações. Apesar do principialismo ser indicado durante as respostas dos questionários ainda como referencial dominante, este estudo, compreende esse referencial limitante para uma compreensão de mundo e uma lógica centrada na responsabilização da pessoa e dever do estado na condução do acesso aos direitos mínimos de sobrevivência com dignidade. A DUBDH é o instrumento que colabora na qualificação para esse conhecimento e o agir pautado na Bioética como um norteador por ser um documento, também, baseado em princípios, mas que por si só não dá conta de fundamentar a compreensão da Bioética.

Além de temas voltados para as bases da fundamentação da bioética como os conceitos inseridos no conhecimento da Bioética e seus princípios, os pressupostos da pesquisa voltada para o bem da população, surgiram preocupações referentes às situações emergentes e persistentes, sejam as de dilemas éticos que estão sempre em pauta na sociedade com valores morais e religiosos sendo questionados, sejam os limites e pertinência dos avanços tecnológicos.

O registro de preocupação com os avanços tecnológicos surgem como temas apontados pelos docentes que foram inseridos na categorização nos itens de situações emergentes e situações persistentes baseados na forma como a Bioética de Intervenção organiza essas discussões. A Terapia Ocupacional é uma profissão que não utiliza ferramentas tecnológicas em grande proporção em sua prática profissional e quando utiliza são de menor complexidade. No entanto, a vida cotidiana de seus pacientes, grupos ou coletividades que se encontram sob sua intervenção profissional em diversas áreas se submetem constantemente, com menor ou maior intensidade, aos recursos tecnológicos existentes, de menor ou maior complexidade, sendo justificado nessa perspectiva, a preocupação com esses avanços por parte dos terapeutas ocupacionais como profissionais ou como cidadãos. Em conclusão, a nova preocupação trazida pelos riscos tecnológicos é perfeitamente compreensível. O progresso científico desde os primórdios da civilização humana induz às sociedades a produzir questionamentos, reflexões e adaptações delicadas a essas novas formas de agir, mas as potencialidades destrutivas das novas tecnologias na sociedade contemporânea trazem desafios que colocam a questão da perenidade da espécie humana, tanto em sua identidade como em seus princípios morais em sérios e complexos questionamentos sobre limites da ciência e segurança da condição humana (76).

A compreensão dessa tese quanto à pertinência do tema definido se explicita na preocupação quanto à formação dos graduandos de Terapia Ocupacional para saber lidar com os dilemas bioéticos em sua prática profissional que intervêm diretamente com o cotidiano das pessoas, grupos e comunidades, sendo esse cotidiano, um espaço onde se dão esses dilemas.

Os conteúdos do quadro apresentado acima são possíveis de serem correlacionados com o documento complementar para esse estudo, a DUBDH, pois em seu artigo 10 de Igualdade, Justiça e Equidade, é expresso que “A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos

deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa”. O tema sobre princípios da Bioética, destacando a autonomia por ser uma dos princípios que norteia a intervenção da Terapia Ocupacional. Em todas as áreas de atuação a Terapia Ocupacional se direciona em busca da autonomia e independência dos indivíduos, grupos ou coletividades que estão sendo atendidos. O artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização, artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo, artigo 13 – Solidariedade e Cooperação, artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde, também, apresentam correlação com os conteúdos do CEDTO de forma mais direta (82).

O ensino da Bioética, seja geral ou profissional, deve ter por base que esses conteúdos devem ser ministrados de forma interdisciplinar. Esse critério se baseia na compreensão de que diferentes desafios ligados aos avanços das ciências da vida não podem ser segmentados, mas sim, apreendidos em toda a sua complexidade. A Bioética exige que para sua compreensão e aplicabilidade diversos sistemas de pensamento sejam acionados de forma que a diversidade de saberes contribuam com a reflexão bioética e a tomada de decisão diante dos dilemas bioéticos que integram nossas sociedades pluralistas. O ensino da bioética, diante dessa compreensão de sociedade pluralista, via de acesso à ética, deve ser concebido sobre uma base interdisciplinar (76).

O campo da bioética tem se expandido, tendo sido inicialmente, a ênfase nas questões de ética clínica para avançar contemplando as questões éticas globais e ambientais, até atingir os problemas da ética das instituições e sistemas de saúde. O maior desenvolvimento no ensino, assim como, em publicações de livros e artigos ocorreu na área da bioética clínica, mas as propostas de uma bioética global, focado na sobrevivência em um mundo pluralista e complexo, merecem uma reflexão criteriosa, na perspectiva da qualificação do ensino. Portanto, existe um amplo campo de conhecimento, tanto próprio da Bioética como em sua abordagem multidisciplinar com vários saberes compondo esse campo maior de conhecimento embasando o caráter multidisciplinar da Bioética (79).

Foi observado, durante a análise dos resultados, que a Bioética está presente nos conteúdos de formação do terapeuta ocupacional, de forma expandida, se analisarmos essa inclusão, que se deu nos últimos anos, após a publicação da Resolução CNS nº196/96 sobre pesquisa em seres humanos que promoveu maior

visibilidade à Bioética e a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional.

A inclusão da Bioética nos currículos da graduação dos profissionais de saúde não garantiu a compreensão da sociedade e da academia, quanto à aplicação do conhecimento em busca do bem estar, visando proteger direitos dos usuários e a pluralidade das manifestações culturais, religiosas, éticas de indivíduos, grupos e populações. Os interesses da academia impulsionam ações para o desenvolvimento do conhecimento, sem discutir, verdadeiramente, critérios efetivos de biossegurança, de respeito à diversidade. O ensino da Ética e Bioética é voltado, predominantemente, para a pesquisa e para o cumprimento dos Códigos de Ética Profissional.

A presença de profissionais que fazem parte de Comissões de Ética e Deontologia nos programas de pós-graduação em Bioética, tem contribuído para avançar na atualização desses documentos, a exemplo do processo de atualização da Resolução COFFITO-10, Código de Ética e Deontologia, de 1978, para a Resolução COFFITO 425/13, quando existiram duas doutorandas de Bioética da UNB nas reuniões, sendo percebidos avanços da Bioética no referido Código, mesmo que ainda não no patamar que se pretende, mas pouco a pouco, vamos superando o conservadorismo. No lastro legal da instituição, sendo criado, em separado da Fisioterapia, o Código de ética próprio da Terapia Ocupacional.

O conteúdo da Bioética nos processos de formação nessa temática tem avançado, mas necessita de muita discussão conceitual, teórica, metodológica e paradigmática, pois existem diferentes interpretações em situações semelhantes até mesmo numa mesma cultura. Em relação, por exemplo, aos códigos de ética profissional que tem apresentado atualizações que incluem a Bioética com avanços significativos, mas que ainda, priorizam em sua quase totalidade, a descrição dos deveres e direitos dos profissionais, conjunto de regras normatizadoras, “quase sempre sem uma fundamentação em uma visão ou princípios éticos gerais, se limitando a um ‘código deontológico”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A formação profissional do terapeuta ocupacional vem de um contexto histórico voltado para a apropriação de teorias e de práticas específicas para habilitar esse profissional a desenvolver os métodos e técnicas terapêuticos ocupacionais de acordo com a legislação vigente. Ao longo dos anos, os terapeutas ocupacionais tem demonstrado um papel questionador, investigativo e de inquietação, em busca de um FAZER PROFISSIONAL que seja competente, mas inovador, que se construa e se reconstrua num movimento dinâmico, como dinâmico é o cotidiano das pessoas. O terapeuta ocupacional que gerencia o cotidiano junto às pessoas, grupos ou populações é um mediador para que o meio seja um espaço de relações, trocas, construções e transformações.

Nessa perspectiva, os terapeutas ocupacionais atuam em diversos campos que permitem atuar junto às demandas trazidas por aqueles que necessitam de seus cuidados, estabelecendo uma relação de troca e de reciprocidade, seja na saúde, na assistência social, na educação, na cultura, na justiça, no paradesporto e, em outros espaços.

A atuação do terapeuta ocupacional não se restringe ao contexto do conhecimento teórico e da atuação técnica em determinado campo, é necessário uma formação que se expanda da técnica para a incorporação de uma visão humanística, crítica, reflexiva e politizada. A compreensão das relações públicas deve estar direcionada seja na percepção dos direitos e deveres para com o outro, aquele que se cuida, seja dos outros com quem se trabalha, enfim, de todos os atores com quem a atuação profissional necessita estabelecer relacionamentos.

Entender uma ação contextualizada e politizada é apropriar-se do conhecimento de que aquele que nos procura para um atendimento, não vem só. Ele faz parte de contextos dos mais diversos, seja familiar, comunitário, do trabalho, do lazer, da sociedade e das relações de poder com que convive no seu cotidiano.

Nessa perspectiva, o terapeuta ocupacional atuando na área da saúde, e nesse estudo foi delimitada essa área, deve estabelecer relações de participação importante com as políticas de humanização em saúde, com as políticas públicas de forma geral consolidando sua prática interna e coletiva numa lógica de

intersetorialidade e cidadania possibilitando aquele que está demandando cuidado, a vivência de seus processos de subjetividade e construção de projetos de vida.

A formação do terapeuta ocupacional vem ao longo dos anos sinalizando rompimento com o tecnicismo, e se aproximando de uma formação mais humanística, de responsabilização e participação social. E nesse sentido, este estudo teve como objetivo identificar a presença da Bioética nessa formação humanística, sua abrangência e os referenciais norteadores presentes nessa formação profissional.

O comportamento ético que se busca com ensinamentos, reflexões e discussões da Bioética não é necessário apenas para regular condutas éticas profissionais na compreensão da deontologia, nem para promover essa regulação nos estudos e práticas da pesquisa, mas para a proteção da vida das pessoas, grupos e comunidades.

Nesse contexto, a Bioética se direciona para discussão e condutas norteadoras na assistência à saúde, no enfrentamento aos conflitos e dilemas éticos, na conduta inclusiva, participativa e de propositura dos profissionais de saúde nas políticas públicas. Esse movimento se dá numa compreensão de uma sociedade laica, pluralista, com diversidade na identidade e forma de vida das pessoas..

Segundo Garrafa (2003) os estudiosos da Bioética que trabalham em diferentes contextos sociais, com desprivilegiados/excluídos, acabam por ter que enfrentar conflitos e problemas de origens, dimensões e complexidade completamente diferentes. Com essa afirmação demonstra que a forma como as pessoas interpretam em sua vida um determinado conflito depende muito de suas origens, culturas, dimensões ocupacionais de seu cotidiano. Decorrente dessas interpretações, apresentam diferentes respostas. Essa pluralidade de compreensões de situações da vida deve ser objeto de estudo para compreensão e intervenção em bioética (85) .

A pretensão de fomentar o reconhecimento da Bioética como uma ferramenta para o manejo de problemas e dilemas da prática profissional foi objetivo deste estudo, para contribuir com o terapeuta ocupacional que necessita em sua atuação profissional, tomar decisões, fazer escolhas, prestar informações, mobilizar pessoas para se apropriar de seus projetos de vida e tantas outras situações conflituosas e desafiadoras. A Bioética não dá resposta e nem apresenta soluções, mas habilita o terapeuta ocupacional para um agir junto ao outro de forma mais qualificada.

Para esse agir mais qualificado, não existem verdades, mas sim, conhecimentos, pressupostos teóricos e princípios da Bioética que subsidiam a prática profissional voltada para a humanização do atendimento, respeito à diversidade e a convivência com a pluralidade da sociedade. Neste estudo, o referencial teórico utilizado foi a Bioética de Intervenção que é o mais próximo da forma de agir dos terapeutas ocupacionais na intervenção junto a indivíduos, grupos e populações. Os princípios contidos na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, do qual o Brasil foi participante ativo, foram considerados como ferramentas referenciais, de forma complementar, pois refletem às demandas da realidade brasileira e latino americana, onde as situações de dilemas e conflitos bioéticos não são direcionados para responsabilização do indivíduo como na corrente principialista, mas aos contextos que envolvem o indivíduo, grupos ou populações.

Houve reconhecidamente, um incremento desse conteúdo seja em disciplinas próprias da Bioética, específicas ou compartilhadas ou em outras disciplinas. Mas, a Bioética necessita de maior investimento com disciplinas próprias com maior carga horária para repasse de conhecimentos e de vivências práticas para sensibilização dos alunos. Nesse estudo, não se pretende defender a posição de suficiência de uma disciplina de Bioética para dar conta de sua abrangência na formação profissional na graduação. Pelo contrário, existe compreensão de que a Bioética não cabe nos limites de uma disciplina, sendo necessário que esteja presente de forma transversal em outras disciplinas, ressaltando aquelas que apresentam maiores dilemas bioéticos, como Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos que tratam diretamente desses dilemas, Saúde Funcional com a terminalidade da vida, Gerontologia sobre a finitude da vida, Saúde Mental, onde as discussões sobre a diversidade e a tolerância às diferenças são intensas, e muitas outras.

Esse modelo de ensino da Bioética enfatizando os códigos profissionais, a pesquisa clínica e o principialismo como referencial teórico e eixo norteador encontra-se defasado em relação às necessidades sociais aos contextos das políticas públicas e da cidadania. Esse modelo de ensino mantém-se numa formação essencialmente técnica, sendo minimizado o dano pelo investimento na capacitação para a pesquisa, apesar de ainda ser insuficiente essa capacitação e o investimento em pesquisa, assim como, na formação em Bioética. Essa formação necessita de expansão, mas, também de melhor metodologia para sua apreensão. As práticas de ensino inovadoras, a relação mais crítica e reflexiva com

reciprocidade entre professores e alunos, a utilização de vivências podem apresentar maior compreensão da Bioética.

Segundo Albuquerque (2003), no ensino da Bioética, o processo docente e o manejo de conhecimentos e habilidades deve buscar o máximo objetivo de atitudes e de caráter. Enfatiza que esses são os principais objetivos do ensino porque enfatizam que é necessário aperfeiçoar essa atitude e caráter através do conhecimento repassado na Bioética e das habilidades desenvolvidas nesse contexto que levaram o estudante a desenvolver atitudes (86).

Durante o Congresso Brasileiro de Bioética, ocorrido em setembro, no Recife, Pernambuco, pudemos observar que as apresentações orais citavam apresentavam como referencial mais frequente, a corrente principialista da Bioética com seus princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça social, e poucos eram os trabalhos que faziam referência à DUBDH. Como membro da Comissão Organizadora, coordenei uma das salas de apresentação de comunicação oral, e, como era do meu interesse de doutorado, fiz anotações dos trabalhos que faziam referência a essa Declaração, não atingindo nem 1/3 das apresentações. Essa ausência em patamares maiores da referência à DUBDH reflete a entaves na comunicação e ampla divulgação desse documento internacional fortalecendo a corrente contra hegemônica da Bioética que vem se consolidando no Brasil e na América-Latina (85).

Com esse estudo, esperamos contribuir com a expansão e o fortalecimento da Bioética na formação do terapeuta ocupacional qualificando sua intervenção, as suas relações interpessoais com a clientela atendida e com a equipe de trabalho. Da mesma forma, contribuir para uma conduta mais politizada do terapeuta ocupacional perante à compreensão e participação nas políticas públicas, no enfrentamento dos dilemas éticos que surgem no cotidiano das pessoas, grupos e coletividades. A divulgação da Bioética de Intervenção (BI) e da DUBDH entre a categoria dos terapeutas ocupacionais, entre os profissionais de saúde e a quem da sociedade possa atingir levando a reflexões e conscientização. A DUBDH trata de temas desde dignidade humana, pesquisa científica, até o acesso aos sistemas de saúde e a medicamentos “Com a intenção de trazer temas para o cotidiano das pessoas, é fundamental usar da comunicação de massa para dar visibilidade às informações, sem, evidentemente, perder qualidade” (82).

Na formação do terapeuta ocupacional na graduação é necessário preparar esse aluno para ser um profissional capaz de lidar com a pluralidade da sociedade com sua diversidade para junto com os usuários, grupos e população enfrentar as situações de exclusão social, discriminação, estigmas e preconceitos de base moral e religiosa.

O estigma e discriminação sofrida pelo indivíduo, muitas vezes se estende nas instituições onde buscam cuidados e proteção, pois profissionais dos serviços refletem suas concepções morais e religiosas na forma como atendem o indivíduo que busca cuidados. São muito perceptíveis, essas ações de estigma e discriminação, principalmente em relação a indivíduos com comportamentos “condenáveis” pela sociedade, com ênfase nas concepções religiosas, a exemplo dos dependentes químicos e mulheres em situação de abortamento. Na mídia, não é incomum, denúncias de caso de profissionais de saúde que se recusaram a atender usuários, grupos ou populações por essas reações que vão de encontro aos princípios bioéticos.

Na experiência vivenciada pela autora, durante quatro anos no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, observou-se o distanciamento do ensino da Ética e Bioética, das verdadeiras questões sociais, como critérios para alocação de recursos orçamentários, garantia dos benefícios da pesquisa direcionados não apenas à sociedade de forma geral, mas aos participantes da pesquisa. Naquele período, se direcionava os benefícios apenas aos tempos de aplicação das pesquisas, se desobrigando de qualquer assistência ao final da pesquisa, numa relação descartável com o ser humano que se submeteu a essa experimentação. Isso se refletia, nos projetos de pesquisa para análise, onde muitos autores se referiam ao maior benefício em sua pesquisa, sendo a produção acadêmica, e, em segundo plano, os benefícios aos seres humanos ou populações atingidas.

Assim, educar em Bioética nestes tempos requer, aparentemente, algo mais do que mera transmissão de conhecimento, em tempos de predominância de valores líquidos e treinamentos pragmáticos voltados à resolução de casos ou avaliação de protocolos através de *check lists*, diretrizes ou diretrizes a serem aplicadas. De maneira não reflexiva, precisamos reformular a questão sobre por que educar em Bioética e dar uma resposta capaz de enfrentar os desafios colocados e as necessidades dos tempos. O modelo de pedagogia da problematização fomenta

o espírito criativo dos sujeitos, sua imaginação, sua reflexividade, sua autonomia, sua capacidade crítica e transformadora, mas também seu espírito cooperativo, ampliando o sentido de responsabilidade e solidariedade.

A Bioética, pautada nos aspectos culturais, históricos e sociais, busca transitar no respeito e na valorização das diferenças, pois pontua em seus pressupostos a possibilidade de uma convivência pacífica entre os coletivos sem que para isso precise haver consenso nas visões de mundo. Sendo a discussão da inclusão da Bioética na formação do profissional de saúde, como de outras áreas, fundamental para a formação de um profissional, crítico, reflexivo, humanístico e contextualizado, precisa-se valorizar a capacidade individual do aluno, respeitar sua forma de ser com sua diversidade, estimular sua independência e autonomia, investir no desenvolvimento das suas habilidades com iniciativa e capacidade de escolhas. A formação humanística do aluno necessita ser revista no processo educacional e a Bioética tem uma contribuição fundamental nesse entendimento, pois existem muitos equívocos nessa formação, muitas vezes criando uma lógica de assistencialismo nessa ação humanística. Acreditar na valorização humana como via de acesso à formação integral do indivíduo e de sua formação profissional, e da coletividade e ter respeito às diferenças individuais, grupais e geracionais deve o alicerce do processo educativo visando a inserção da Bioética.

A produção da pós-graduação serve de parâmetro para subsidiar os achados em relação ao ensino da graduação, pois a produção de conhecimento resultante da pós-graduação alimenta os conteúdos da graduação de forma renovada e inovadora.

As publicações na área da Bioética têm avançado, em livros ou artigos, decorrentes dos programas de pós-graduação em Bioética que ainda são poucos, mas que vem demonstrando grande produção nos últimos tempos. Esse campo de conhecimento vem oferecendo instrumentos de estudos e pesquisas para aprimorar a compreensão da Bioética diante dos dilemas e conflitos, principalmente na área da saúde, direcionando sua aplicabilidade às demandas gerais e à realidade de cada profissão dessa área. Para que a Bioética seja apropriada nessas profissões é fundamental que essas reflexões e compreensão se iniciem na graduação para garantir uma base na formação profissional.

Um dos seus princípios é fazer dela um instrumento formativo importante de forma transversal em todos os conteúdos da formação profissional para habilitar um

terapeuta ocupacional para que atue com competência técnica, mas pautado nos princípios bioéticos, por uma sociedade mais justa construindo uma identidade profissional contemporânea e cidadã.

A experiência vivenciada na Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, através da disciplina de Estágio Docência onde produzimos estudos resultantes de temas das próprias aulas da pós-graduação, para posteriormente, repassarmos em aulas na disciplina de Bioética da graduação, é um exemplo disso.

A experiência do repasse dessa produção é muito gratificante, acrescentado a isso, a oportunidade de ratificar que a Bioética é indisciplinar já que a disciplina é aberta a todos os alunos da graduação. Da mesma forma, reconhecemos que a Bioética não está presente apenas na formação de profissionais no contexto da saúde, mas em ciências sociais, ciências jurídicas, educação, dentre outras, mas nesse estudo enfocamos apenas a formação em saúde por ser a maior abrangência na Terapia Ocupacional.

A Bioética tem um papel fundamental para instigar o surgimento de mudanças atitudinais baseadas na solidariedade, mas sem o caráter assistencialista, paternalista e despolitizado. Propõe-se a ter uma solidariedade crítica, onde diante das questões da miserabilidade, injustiça social, desigualdades e outras, a Bioética possa se manifestar, se posicionar de forma propositiva e com ações que levem a mudanças. Possui, fundamentalmente, característica transdisciplinar embasando na prática clínica e na docente essa condição que congrega vários saberes e visões de mundo, direcionados em objetivos comuns, possibilitando reduzir a distância social existente entre a produção científica e o mundo cotidiano com resoluções de conflitos éticos que permeiam as práticas dos profissionais de saúde, em especial, por ser de interesse desse estudo, a prática do terapeuta ocupacional em qualquer área de atuação, mas de forma mais contundente, na área da saúde.

Nesse cenário, o estudo da Bioética é fundamental para capacitar o profissional de saúde para lidar com as adversidades a serem enfrentadas pela população atendida. Considerando a desigualdade, particularmente no âmbito da saúde, problematiza-se o modo pelo qual a bioética vem contribuindo para a reflexão e prescrição acerca desse tema. Apesar do reconhecimento da importância da Bioética na formação profissional, Contudo, não se compreende que esse campo do saber seja normativo homogêneo, especialmente quando se considera a pluralidade

de correntes bioéticas. A DUBDH contribui nesse estudo numa perspectiva global como dimensão normativa da bioética (87).

Para esse embasamento, apesar da teoria principialista ainda ser dominante nos conteúdos dos cursos existentes, inserir pressupostos teóricos da Bioética de Intervenção e divulgar conhecimento sobre a DUBDH como dispositivo para esse estudo é imprescindível até porque a legitimidade se dá por ser o Brasil.

No caso da ética e da bioética, tão fundamentais para o alcance das visões, perfis e objetivos assumidos, há uma inexpressiva abordagem de seus aspectos teóricos e conceituais. Embora a maioria dos cursos possua ao menos uma aula introdutória à ética (alguns também à bioética), a ausência de indicações conceituais sobre este tema faz supor que a entrada no tema ético se faz diretamente sobre questões específicas eleitas (como a deontologia) ou que tais conceitos estariam inseridos na abordagem dessas outras questões. Considerando a carga horária destas disciplinas, fica evidente que estes elementos de reflexão teórico-filosófica estão ausentes ou são inexpressivos (32).

Existe predominância do ensino de ética e bioética no início dos Cursos de Graduação, mas esse conhecimento poderia ser mais proveitoso se além desses conteúdos no início dos Cursos, fossem inseridos também, transversalmente, nos conteúdos das disciplinas em funcionamento dos outros períodos dos Cursos.

As Instituições de Ensino Superior (IES) enfrentam muitos desafios, dentre eles, o de elaborar, implementar e avaliar boas propostas pedagógicas, traduzidas no desempenho satisfatório do estudante ao longo dos cursos e na formação de qualidade. Nos últimos tempos, provocados pela criação das DCN e do Padrão de qualidade de ensino do MEC, passarão a ser discutidas estratégias de ensino-aprendizagem mais eficazes na apreensão e compreensão do conhecimento e competências e habilidades para atingir o perfil profissional desejado.

As discussões sobre formação profissional, atualmente, tem se direcionado muito para definição de competências e habilidades gerais e específicas devido ao fato de que as profissões, principalmente, as da saúde estão em fase de atualização de suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e é nesse momento em que precisamos influenciar a inclusão da Bioética numa concepção transversal e pluralista para compor os conteúdos dessa formação para o terapeuta ocupacional e de outros profissionais, como é observado na, medicina, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, dentre outros.

As discussões sobre as mudanças no ensino da Terapia Ocupacional são impulsionadas e conduzidas pela RENETO, promovendo em algumas ações, parcerias com o Sistema COFFITO/CREFITOs e ABRATO. No período de criação do Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS) muitas discussões sobre o ensino superior gerou mudanças e avaliações na formação dos profissionais de saúde. A representação da Terapia Ocupacional na RENETO como membro do FNEPAS, nos primeiros dois anos de gestão, foi ocupada por esta autora, docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) representando as regiões nordeste e norte e pela Prof^a. Eucenir Fedrini, do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP) representando as regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste.

Durante os dois anos de gestão, a discussão transitou na formação do profissional de Saúde para o SUS, no pautada no princípio da integralidade, com promoções de oficinas de capacitação no país, com tempos diferentes de acordo com o nível de organização e ações políticas das profissões. As discussões se pautavam no senso comum de que a formação de profissionais de saúde suscitava discussões sobre o planejamento de programas de qualificação profissional, na compreensão de que apenas a graduação não dava conta das demandas necessárias para uma atuação no SUS de forma resolutiva, integrada e inovadora. As questões éticas foram inseridas nessas discussões com ênfase nas disciplinas humanísticas. Atualmente, com a desativação do FNEPAS, essas discussões coletivas estão ocorrendo em Comissão do CNS que congrega as entidades de ensino das profissões da saúde, as mesmas que integravam o Fórum.

A estrutura universitária atual apresentava fragilidades nas diferentes regiões do país, muitas vezes com formações dissociadas das demandas do SUS, sem previsão de treinamento em serviços da rede assistencial pública nos três níveis de atenção, e, muitas vezes com enfoques predominantes para o mercado de trabalho privado. O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (cerca de 60%), o que já demonstra essa tendência. A predominância de instituições privadas era observada na área da saúde, nas profissões como medicina, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. O cenário da Terapia ocupacional vem se modificando ao longo dos últimos dez anos com os cursos públicos se sobrepondo aos cursos privados.

Para o Ministério da Educação existem 84(oitenta e quatro) cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, com apenas sete desativados, sendo um da região norte e seis da região sudeste. Na verdade, com a suspensão de vestibular de muitos cursos privados, mas, sem o fechamento oficial do curso com o requerimento de desativação, esse cenário mascara uma realidade de Terapia Ocupacional no Brasil. Segundo a RENETO, apenas 32 (trinta e dois) cursos de Terapia Ocupacional estão ativos no país, apesar de que for consultado o Ministério da Educação, observa-se que os cursos que suspenderam vestibular sinalizam como ativos quando se digita a tecla de situação atual. Essa questão é grande levando a uma condição de desassistência de Terapia Ocupacional no Brasil com 14 estados com ofertas de cursos públicos e/ou privados e 13 estados sem a oferta de qualquer curso de Terapia Ocupacional. Deveria haver uma política de produção de recursos humanos para a saúde, com planejamento de ofertas de cursos de formação de profissionais que compõe as equipes dos programas das políticas públicas. Esse planejamento de oferta, foi observado no Programa Mais Médicos que apenas atingiu uma categoria profissional. Esse planejamento da oferta de cursos deveria ser direcionado à política de saúde como às demais políticas públicas.

O movimento político que se incide no contexto histórico da Terapia Ocupacional pelo Desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITOs vem se consolidando ao longo dos anos de forma permanente como vontade política expressa em eventos e em redes sociais, mas de forma descontínua quanto à intensidade das ações voltadas para esse fim. Houve gestões do COFFITO e da ABRATO que fomentaram essas discussões de forma mais efetiva e em outras gestões tiveram menos ou nenhum investimento.

Essa discussão sempre esteve presente em eventos regionais e nacionais, sendo expressa em forma de moções de apoio ao Desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITOs, e aprovada na maioria das vezes por unanimidade ou por quase a totalidade dos presentes. Mesmos os poucos votos contrários, nunca eram referentes a serem contrários à importância da Terapia Ocupacional ter seu próprio Sistema de Conselhos, mas pela insegurança na sustentabilidade pelo contingente restrito de profissionais.

A criação de um Sistema de Conselhos próprios da Terapia Ocupacional garantiria autonomia perante as decisões de ações referentes à categoria, que hoje está muito prejudicada, e em muitas situações anulada, por estarmos inseridos em

colegiados desiguais perante a representatividade, com composições de seis membros da Fisioterapia e três membros da Terapia Ocupacional.

No colegiado do COFFITO e dos CREFITOS votam cinco fisioterapeutas, três terapeutas ocupacionais e o voto de desempate, quando necessário, é do presidente, que atualmente é de fisioterapeutas em todos os CREFITOS. Existe situação mais agravante naqueles CREFITOS que pautaram suas eleições baseados na Resolução COFFITO 488/17: com CREFITOS com dois terapeutas ocupacionais, ou sem nenhum terapeuta ocupacional, como é o caso do CREFITO-18.

Um colegiado onde os fisioterapeutas tem o dobro da representação dos terapeutas ocupacionais, ocupando seis vagas em detrimento de três vagas dos conselheiros terapeutas ocupacionais, demonstra que as decisões das ações da Fisioterapia e, também, da Terapia Ocupacional ficam subordinadas ao entendimento e aprovação dos fisioterapeutas da rede articulada entre o órgão federal e os regionais. Na verdade, a normativa da Resolução COFFITO 369 trazia a obrigatoriedade de minimamente um terço de uma das profissões deveria compor os colegiados do Sistema.

Diante da diferenciação numérica muito grande entre as profissões, com percentual menor do que 10% da representatividade dos terapeutas ocupacionais, culturalmente e politicamente, esse lugar, foi sendo ocupado pelos terapeutas ocupacionais numa correlação de forças muito desigual. Com a publicação da Resolução COFFITO 488/17 que desobriga a existência de um terço de uma das profissões podendo correr colegiados homogêneos com apenas uma profissão, a situação se apresenta muito mais grave em relação à representatividade dos terapeutas ocupacionais no Sistema COFFITO/CREFITOS.

Diante desse quadro, foram apresentados os benefícios do Desmembramento: Garantia de autonomia dos terapeutas ocupacionais nas decisões específicas da Terapia Ocupacional; ampliação de lideranças da profissão envolvidas na organização política da Terapia Ocupacional; otimização do tempo das reuniões de diretoria e plenária com atenção exclusiva às demandas da Terapia Ocupacional; criação de especialidades da Terapia Ocupacional, reconhecidas como pertinentes e necessárias pela profissão e não dependendo do reconhecimento de outra profissão como ocorre, atualmente, no Sistema; maior integração entre entidades nacionais e estaduais da Terapia Ocupacional com o Sistema, pois a participação ocorre de forma ínfima; patrimônio próprio da Terapia Ocupacional sem

compartilhamento com outra profissão, mesmo sendo uma categoria profissional numericamente menor, o que levaria a um patrimônio mais restrito; arrecadação financeira com autonomia de gestão para aplicar os valores arrecadados de acordo com a decisão dos terapeutas ocupacionais, o que não ocorre atualmente com a desigualdade numérica dos colegiados.

Esse processo de Desmembramento que vem sendo discutido ao longo dos anos não indica apenas as vantagens e benefícios, mas alerta à categoria profissional para ter plena consciência de que para todo crescimento exigem-se, também, esforços, perdas e limitações. Em relação ao processo de conscientização da categoria profissional quanto às restrições que passaremos a ter num Sistema de Conselhos, próprio da Terapia Ocupacional, descrevemos, inicialmente, a estrutura do número de Conselhos Regionais, já que o Federal é único independentemente do número de profissionais de uma categoria. Em relação aos Conselhos Regionais, não haverá viabilidade financeira para a manutenção do número atual de Conselhos Regionais, que são 18 órgãos fiscalizadores, sendo, portanto, novo realinhamento do número e localização os conselhos.

No estudo da viabilidade financeira realizada pela Comissão de Desmembramento do COFFITO, da qual a ABRATO fazia parte na gestão anterior do Conselho, foi planejado um número máximo de seis Conselhos Regionais, sendo as sedes nas capitais de maior concentração de profissionais e alguns estados com Delegacias que são menos onerosas do que as sedes. Haverá um novo reordenamento geográfico para conseguirmos viabilizar financeiramente as ações indispensáveis como fiscalização, registro profissional e de empresas, contratação de pessoal e assessores jurídicos, contábeis e de comunicação, dentre outros. A luta pelo desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITOs representa a luta pela autonomia e dignidade da Terapia Ocupacional.

A escassez de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil tem representado um grave problema para a organização e fortalecimento e tem representado um entrave para o crescimento da profissão e para conseguirmos garantir o acesso à intervenção da terapêutica ocupacional em todas as políticas públicas brasileiras, para o mercado privado e para a formação profissional de Terapia Ocupacional nas instituições de ensino superior.

Alguns contextos epidemiológicos e sociais nacionais apontam a necessidade de uma formação ampla e diversa, a saber: alta incidência de doenças crônicas não

transmissíveis; crescente violência urbana (homicídios e acidentes de transportes); instalação incipiente das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência (educação, mobilidade urbana, trabalho entre outros); gravidez precoce; prematuridade; dificuldades na implementação de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes; aumento dos transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto de drogas ilícitas; precários mecanismos de institucionalização (carcerária, creches, Instituições de Longa Permanência para Idosos, entre outras); doenças emergentes e re-emergentes, entre outras. Essa descrição aponta para o surgimento de incapacidades que necessitam de tratamentos e cuidados contínuos numa visão de integralidade na atenção à saúde, à assistência social, dentre outras políticas.

O planejamento de recursos humanos no Brasil é desordenado e pouco eficaz, pois os profissionais inseridos nas políticas públicas deveriam ter assegurados seus cursos de formação na graduação nas instituições de ensino superior (IES), públicas, que são responsáveis pela produção desses recursos humanos, não podendo se acreditar que as IES privadas, tenham essa função. Na verdade, o mapeamento das necessidades dos profissionais do país foi realizado apenas para uma categoria profissional, os médicos, criando um programa denominado Mais Médicos através de uma cartografia de recursos humanos. Segundo, o Ministério da Educação, no período desse programa, a cartografia das outras profissões seria feita em breve, mas até o momento nada foi feito.

A Terapia Ocupacional é a profissão da área da saúde mais prejudicada nessa falta de planejamento, chegando a ser excluída do ENADE, pois o programa avaliativo dos cursos de graduação, criou critérios de mínimo de cem cursos no país, e a Terapia Ocupacional não atingiu esse patamar. Afirmamos que a questão de recursos humanos em saúde está diretamente relacionada com a implementação de políticas gerais, exercida em diversas atividades do Estado: trabalho, educação, sistema jurídico, saúde (64).

Analisando que os conteúdos da Bioética na formação do terapeuta ocupacional apresentados na análise documental e nos resultados dos questionários se pautam, predominantemente, na corrente principialista que é limitante para a realidade brasileira, com tantas questões sociais e políticas interferindo na autonomia das pessoas. Esse estudo pretende contribuir para a sensibilização e

conscientização de que a formação em Terapia Ocupacional no Brasil precisa se apropriar de conhecimentos sobre a Bioética, mais direcionados à realidade brasileira como a Bioética de Intervenção e sobre os princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, como base complementar de subsídios para essa formação profissional.

A inclusão da bioética numa visão latino americana é imprescindível, numa corrente contra hegemônica às forças dominantes que discutem a Bioética no mundo, enfatizando a Bioética de Intervenção (BI) que muito se aproxima da realidade brasileira, e da prática da Terapia Ocupacional que lida com o cotidiano das pessoas e o papel ocupacional. A pretensão desse estudo foi identificar a Bioética na formação do terapeuta ocupacional buscando nos pressupostos teóricos da BI , uma fundamentação que se aproxime da fundamentação da intervenção terapêutica ocupacional que lida com situações de vulnerabilidade, limitações, desigualdades e exclusões nos cotidianos das pessoas, grupos e coletividades.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, Hossne WS. Bioética em tempos de globalização. São Paulo: Edições Loyola; 2015.
2. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Rev Bioét (Impr.)* 2013; 21 (1): 9-19.
3. Silva PF. Formação em Bioética: proposta para uma educação em valores. *Revista Pandora Brasil*. 2011; 28.
4. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética de intervenção. *Revista Bioética*. 2010; 13 (1): 125-34.
5. Mascarenhas NB, Rosa DOS. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. *Texto contexto Enferm*. 2010; 19(2): 366-71.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCMO. Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*. 2004; 14(1): 41- 65.
7. Hellmann F, Verdi MIM . Temas e referenciais de análise em bioética no Ensino de graduação em Naturologia no Brasil à Luz da Bioética Social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16 (42): 733-47.
8. Rosa DOS. Dilemas emergentes no campo da ética. In: Oguisso T, Zoboli ELP, organizadoras. *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Série Enfermagem. São Paulo: Ed. Manole; 2006. p. 204-216.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1400-10.
10. Gomes AMA , MOURA ERF, AMORIM RF. O lugar da ética e bioética nos currículo da formação médica. *Rev. bras. educ. med*. 2006; 30(2): 56-65.
11. Ribeiro CRO. A contribuição da área de filosofia, ética e bioética na escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP. *Online Brazilian Journal of Nursing [online]*. 2004; 3(3): 55-63.
12. Sousa EDG, Francisco AH, Alfredo E, Manchola C. Termos de esclarecimento e responsabilidade à luz da bioética de intervenção. *Rev. Bioét. [Online]*. 2018; 26(3): 360-70.

13. Ramos FRS, Do Ó JR. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13(29): 259-70.
14. Martorell LB, *Análise Crítica à BI: Um Exercício de Fundamentação Epistemológica* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília – UnB; 2015.
15. Feitosa SF, Nascimento WF. A Bioética de Intervenção no Contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. Bioét.* [Online]. 2015; 23(2): 277-84.
16. Feitosa SF. *O processo de territorialização epistemológica da bioética de intervenção: por uma prática bioética libertadora.* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília - UnB; 2015.
17. Oliveira MJ, Osman EMRO. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. *Rev. Bioét.* [Online]. 2017; 25(1): 52-60.
18. Santos, IL. *A (Bio) ética Universal na obra de Paulo Freire.* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília – UnB; 2014.
19. Silva L P, Rampin T T D, Penna JB. *Bioética Crítica: uma necessária análise das situações emergentes e das situações persistentes*, 2009.
20. Schramm, FRA. Bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48(4): 609-15.
21. Alarcón RG, Montagner, M. Epistemologia da bioética: extensão a partir da perspectiva latino-americana. *Revista latinoamericana de Bioética*. 2017; 17(2): 107-22.
22. Godoi AMM; Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saúde e Sociedade. Saú soc.* [Online]. 2014; 23(1): 157-166.
23. Corgozinho MM.; Oliveira AAS. Equidade em saúde como marco ético da bioética. *Saúde e Sociedade. Saú soc.* [Online]. 2016; 25(2): 431-41.
24. Uetela P. Os dilemas da justiça distributiva: Uma análise a partir do diálogo entre John Rawls e Robert Nozick. *Revista de Ciências Sociais da UFES*. 2016; 20: 66-81.
25. Moreno RP. La investigación internacional en seres humanos: de la justicia distributiva a la justicia social. *Rev Bioética y Derecho*. 2012; 24: 20-30
26. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública*; 35(1): 696-701.

27. Higuera PC, Ramírez MLP, Ávila AD, Moratalla TD. Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA. Una perspectiva bioética. *Acta bioeth.* [Online]. 2016; 22(2).
28. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. Bioét.* [Online]. 2015; 23 (2): 419-426.
29. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Revista Bioética. Print version ISSN 1983-8042 Online version ISSN 1983-8034.* *Rev. Bioét.* [Online]. 2015; 23(2).
30. Caetano R, Garrafa V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Rev. Bioét.* (Impr.) 2014; 22(1): 34-44.
31. Salvador T, Palhares HSD. Análise textual da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. *Rev. Bioét.* [online]. 2018; 26(4): 523-29.
32. Naves BTO, Sá MF. Por uma bioética da biodiversidade. *Rev Bioética y Derecho.* 2013; 27: 58-68
33. Pessalacia JDR, Oliveira VC, Rennó HMS e Guimarães EA.A. Perspectivas do ensino de bioética na graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2): 393-8.
34. Zanatta JM, Boemer MR. Bioética – um ensaio sobre sua inserção nos cursos de graduação em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2005; 7(3): 351-54.
35. Garrafa V, Porto D. Bioética, Poder e Injustiça: Por uma ética de Intervenção. *O Mundo da Saúde.* 2002; 26(1): 6-15.
36. Vidal SM.(Editora). *La Educación em Bioética em América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros .cap. Nuevas y viejas preguntas en la educación en Bioética UNESCO 2012.* ISBN 978-92-9089-186-4, 179-194
37. Anjos MF, Siqueira JD, *Bioética no Brasil. Tendências e Perspectivas.* São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2007
38. Ilário E, Pereira Júnior A, Paixão Júnior VG. Diagramática: a arte do bem pensar para pensar o bem. *Rev. Bioét.* [Online]. 2018; 26(2): 198-206
39. Garrafa V, Martorell L B, Nascimento,W.F. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul . *Saúde Soc.* São Paulo. 2016; 25 (2): 442-51.
40. Santos IL, Shimizu HE, Garrafa V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. *Rev. Bioét.* (Impr.). 2014; 22 (2): 271-81

41. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Bras de Bioética*. 2005 1(2): 122-32, abr./jun.
42. Silva LP, Rampin TD, Penna JB, *Bioética Crítica: uma necessária análise das situações emergentes e das situações persistentes*. 2009.
43. Hellmann F, Verdi MIM. Ética, bioética e deontologia no ensino da naturologia no Brasil. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2014; 22 (3): 529-39.
44. Dagfal MRB, Alves FA, Silva ICM. O Ensino transversal da Bioética no curso de Graduação em Medicina na era pós-desvendamento do Projeto Genoma Humano. *Revista Práxis*. 2010; 3: 39
45. Wilges LBM. *A Bioética Num Enfoque Educacional: Implicações na Formação de Professores de Ciências e Biologia*. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.
46. Figueiredo MO, Zambulin MC, Emmel MLG, Fornereto APN, Lourenço GF, Joaquim RHVT et al. *Terapia Ocupacional: uma Profissão Relacionada ao Feminino*. *História, Ciências, Saúde*. 2018; 25(1): 115-26.
47. Azevedo EES. *Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar*. *Interface-Comunicação, Saúde. Educação*. 2018; 2: 127-37.
48. Ramos FRSO. *Discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde*. *Revista Trabalho, Educação, Saúde (Online)*. 2007; 5(1): 51-78.
49. Hossne WS. *A necessidade de ensinar bioética para a Formação de diferentes profissionais*. *Revista de Direito Sanitário*. 2001; 2(2).
50. Maluf F. *Formação em bioética: uma análise de cursos de pós-graduação lato sensu no Brasil*. (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília, 2015.
51. Silveira, AE. *A Formação de Profissionais de Saúde e o Sus: Um Estudo Exploratório nos Cursos de Graduação da Grande Vitória*. (Dissertação de Mestrado). – Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.
52. Gomes JCM. *O atual ensino da ética para profissionais da saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro*. *Revista Bioética*. 1998; 4(1).
53. Barba PCSD, Silva F, Joaquim RHT, Brito CMD. *Formação Inovadora em Terapia Ocupacional*. *Interface (Botucatu) [Online]*. 2012; 16, (42): 829-42.
54. Silva LFA, Lima MG, Seidl EMF. *Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade*. *Rev. Bioét. [Online]*. 2017; 25(1): 148-57.

55. Oliver FC, Pimentel A, Uchôa-Figueiredo LR, Nicolau SM. Formação do terapeuta ocupacional para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS): contribuições para o debate. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2012; 20(3): 327-40.
56. Ministério Da Educação. Conselho Nacional de Educação. °Resolução CNE/CES nº6, 2001, 2002.
57. Castelo Branco MFF. *Terapeuta Ocupacional: Construção de uma Identidade Profissional*. (Dissertação de Mestrado). Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, 2003.
58. Cardinali I. *Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções*. (Dissertação de Mestrado). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos –UFSCar; 2016.
59. Moreira AB *Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagens Territoriais/Comunitárias*. *Vita et Sanitas*. 2008; 2 (2): 79-91.
60. Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Lei nº6. 316/75, Decreto Lei nº938/69 Resoluções conjuntas e específicas da Terapia Ocupacional. Disponível no site: www.coffito.gov.br.,2019.
61. Silva RAS, Bianchi PC, Calheiros DC (Org.) *Formação em Terapia Ocupacional no Brasil: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e pós-graduação*. São Paulo; Editora Filo Czar: 2018.
62. Duarte LMC. *Terapia Ocupacional e a Questão Social no Brasil: uma análise de suas publicações*. (Dissertação de Mestrado). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2016.
63. Cardinali I, Silva CR. *Formação e Compreensão dos Fundamentos da Profissão na Graduação em Terapia Ocupacional*. Capítulo II (Formação em Terapia Ocupacional. Organizadores: Silva R A S, Bianchi P C Calheiros DS, FiloCzar, São Paulo,2018,33-56,57-94
64. Bezerra WC, Trindade RLD. A Terapia Ocupacional na sociedade capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil. *Cad. Ter. Ocup*. 2013; 21(2): 429-37.
65. Galheigo SM. O cotidiano na Terapia Ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2003; 14(3): 104-09.
66. IBGE (Censo Demográfico de 2010). Disponível no site: www.ibge.gov.br.,2019

67. Bezerra WC, Trindade RLD. Gênese e constituição da Terapia Ocupacional: em busca de uma interpretação teórico-metodológica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. 2013; 24(2): 155-61.
68. Haddad AE. (Org. et al). *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: 1991-2004*. Brasília, 2006. 15v: il.tab.ISBN 85-86260-12-6,490-541
69. Jurdi APS. Revisitar processos: revisão da matriz curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. *Interface (Botucatu)* [online]. 2018, 22 (65): 527-38.
70. Pádua EMM, Feriotti ML. *Terapia Ocupacional e Complexidade., práticas multidimensionais, Cap.II. Construção de Identidades(S) em Terapia Ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da Saúde e da Ciência*. 2013; Editora CRV: 2013.
71. Montagner MA, Montagner MI. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011; 5(2): 255-73.
72. Galheigo SM. *Terapia Ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática*. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2008; 19(1): 20-8.
73. Kottow M. Pierre Bourdieu: sociología reflexiva para salud pública y su bioética. *Nuevos Folios de Bioética y Pensamiento Biomédico*. 2013; 12: 5-21.
74. Thiry-Cherques HR. Pierre Bordieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública* [Online]. 2006; 40(1): 27-53.
75. Carvalho CRA. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saúde soc.* [Online] 2012; 21 (2): 364-71.
76. Lenoir N. Promover o ensino da Bioética no Mundo. *Revista Bioética*. 1996; 4(1): 65-70.
77. COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO 425/13. Aprova o Código de Ética e Deontologia de Terapia Ocupacional. *Diário Oficial (D.O.U. nº147, Seção 1 de 01/08/2013)* Disponível no site: www.coffito.gov.br, 2019
78. Pimentel A. O Método da Análise Documental: Seu Uso Numa Pesquisa Historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*. 2001; 114: 179-95.
79. Correa FJL. Enseñar Bioética: Cómo Trasmittir Conocimientos, Actitudes Y Valores. *Acta Bioeth.* [On-line]. 2008; 14 (1): 11-8.

80. Silva RAS, Oliver FC. Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017; 21(62): 661-73.
81. Ministério Da Educação,2008) Conselho Nacional De Educação. Parecer Cne/Ces Nº 213/2008
82. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, 2005.
83. Salgado RCF, Portela SV, Silva SR. Bioética Como Princípio Formativo De Profissionais De Saúde .Anais da Jornada Interdisciplinar de Pesquisa em Teologia e Humanidades da Escola de Educação e Humanidades-PUCPR,77-87,2012.
84. Camargo TCA, Telles BSCC, Souza CTV. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. *Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos*. 2018; 26(2): 367-80.
85. Garrafa V, Porto D, Bioética, Poder e Injustiça: Por uma ética de Intervenção, Edições Loyola, 2003
86. Albuquerque M C. Bioética e Humanização: Vivências e Reflexões: Diego Gracia: Enfoque Pedagógico e Socrático do Ensino da Bioética,EDUPE,2003.
87. Carvalho RRP, Albuquerque A. Desigualdade, bioética e direitos humanos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23(2): 227-37

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Bioética

A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL

QUESTIONÁRIO DE DOCENTES

1. QUAL O CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE VOCE É DOCENTE?
2. QUAL FOI O ANO DA APROVAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO ORIGINAL DO SEU CURSO OU DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DO PROJETO?
3. NO SEU CURSO EXISTE ENSINAMENTO DE BIOÉTICA? SIM () NÃO ()
4. SE SIM, DE QUE FORMA ESSE CONTEÚDO É REPASSADO:
 - a) Por disciplina específica de Bioética
 - b) Por disciplina com outros conteúdos como ética e deontologia
 - c) Por disciplinas de outros conteúdos como História da Terapia Ocupacional, Filosofia, Fundamentos da Terapia Ocupacional
 - d) Em outra disciplina.
Qual: _____
 - e) Não é em disciplinas, mas em outras atividades como palestras, seminários, visitas, etc.
5. QUAL A METODOLOGIA UTILIZADA PARA ENSINO DA BIOÉTICA NAS DISCIPLINAS:
 - a) Apenas por aulas teóricas ()
 - b) Apenas por aulas práticas ()
 - c) Com aulas teóricas e práticas ()
 - d) Apenas por filmes, seminários, visitas, etc.()

e) Outra: _____

6. QUAL A SUA COMPREENSÃO A RESPEITO DO QUE É BIOÉTICA ?
7. QUAIS TEMAS VOCÊ ATRIBUI QUE SEJAM CONTEÚDOS DA BIOÉTICA ?
8. O QUE VOCÊ IDENTIFICA QUE SEJAM DILEMAS E CONFLITOS DA BIOÉTICA?
9. A TERAPIA OCUPACIONAL ESTUDA O COTIDIANO DAS PESSOAS. VOCÊ IDENTIFICA RELAÇÃO ENTRE ESSE ASPECTO E A BIOÉTICA NA INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL. POR QUE?
10. COMO A BIOÉTICA CONTRIBUI PARA A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL?
11. VOCÊ IDENTIFICA RELAÇÃO ENTRE OBJETIVOS DA TERAPIA OCUPACIONAL E CONTEÚDOS DA BIOÉTICA?
12. SE VOCÊ RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO 11 , ESPECIFIQUE A RELAÇÃO QUE VOCÊ IDENTIFICA.
13. NO CÓDIGO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA DA TERAPIA OCUPACIONAL, VOCÊ IDENTIFICA CONTEÚDOS DA BIOÉTICA?JUSTIFIQUE.
14. VOCÊ MINISTRA OU JÁ MINISTROU DISCIPLINA DE BIOÉTICA OU DISCIPLINA COM CONTEÚDO DE BIOÉTICA? SIM () NÃO ()
15. SE VOCÊ RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO 14,ESPECIFIQUE QUAIS OS TEMAS DE BIOÉTICAQUE ERAM ABORDADOS .

Obrigada pela participação!

Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão

Doutoranda em Bioética da UNB

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFPE

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Bioética

A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL

*Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido – TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL, sob a responsabilidade do pesquisador Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão. O projeto pretende avaliar a presença dos conteúdos da Bioética nos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, seja em disciplina própria ou inserido em outras disciplinas ou eixos, e a (influência) da Bioética na formação do terapeuta ocupacional em relação a mudanças atitudinais no desempenho profissional por ser uma disciplina relexiva e crítica que deve influenciar todos os demais conteúdos, seja do ciclo básico ou profissionalizante, em relação ao atendimento do ser humano em suas diferentes formas de expressão e relação. É necessário que se forme um terapeuta ocupacional contextualizado com a realidade em que atuará ou atua, sendo às reflexões da Bioética norteadora dos conflitos entre profissionais, usuários e gestores dentro do campo da saúde.

O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar conteúdos da Bioética expresso na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) na formação do terapeuta ocupacional demonstrada nos projetos pedagógicos, na compreensão dos docentes e de supervisores de estágio, quanto à sua contribuição para uma ação profissional mais crítica e reflexiva.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de aplicação de questionários on line ou presencial, com duração de vinte minutos, sobre a Bioética na formação do terapeuta ocupacional, estando ou não, envolvidos em disciplinas com conteúdos de Bioética. Quando for identificado docente que leciona disciplina com conteúdo da Bioética será solicitada entrevista onde poderá haver registro de áudio com gravador se for permitido pelo entrevistado(a). Quando houver entrevista, o local e horário será definido prioritariamente pelo entrevistado (a). As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora com um tempo estimado de meia hora a quarenta minutos para sua realização.

1/3

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de constrangimento provocado por alguma das perguntas, mas isso será evitado ao máximo através de perguntas adequadas, não invasivas, e, ficando cada participante à vontade para se negar a responder, para solicitar um tempo para a resposta ou um tempo de repouso entre as respostas para as situações presenciais. Os profissionais que responderem via on line também estarão sob essa situação, podendo programar seu tempo de resposta ou proceder a recusa de respostas. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a formação do terapeuta ocupacional nos princípios da Bioética de acordo com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) buscando uma formação menos biomédica, mais humanística, crítica e reflexiva que atenda a população que apresenta problemas ou dificuldades na realização do desempenho ocupacional em seu cotidiano, compreendendo a diversidade humana em seus vários aspectos culturais, espirituais, de gênero, etnia. Para os docentes que participarem da pesquisa será enviado após a defesa da tese, uma síntese do trabalho indicando alguns problemas identificados na formação do terapeuta ocupacional referente à Bioética e sugestão para trabalhar a Bioética de forma transversal nas disciplinas de forma geral e de forma direta nas disciplinas que trabalhem esse conteúdo. Será apresentado um trabalho sistematizando a tese no próximo Encontro Nacional de Docentes de Terapia ocupacional após a defesa da tese onde participaram grande

parte dos membros da pesquisa. O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

2/3

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética no telefone (61) 981660241, (81)996150949, (81)32032918, disponível inclusive para ligação a cobrar, mensagem para o email luzianamaranhao@yahoo.com.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou

cefsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

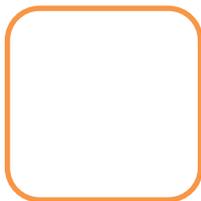
Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão

Brasília, ___ de _____ de _____.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante



ANEXO A

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA TERAPIA OCUPACIONAL

Formação Profissional do Terapeuta Ocupacional

A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes **competências e habilidades gerais**:

I. Atenção à saúde:

os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- **II. Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **III. Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **IV. Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de **liderança**, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade,

empatia, habilidade para **tomada de decisões**, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- **V. Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o **gerenciamento e administração** tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, **gestores, empregadores** ou **lideranças** na equipe de saúde;
- **VI. Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes **competências e habilidades específicas:**

- I – relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;
- II – **conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;**
- III – reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- IV – compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;

- V – reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;
- VI – inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, **atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação**;
- VII – explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;
- VIII – **compreender o processo de construção do fazer humano**, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;
- IX – **identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais**, dentre outras;
- X – utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o **diagnóstico clínico** e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.
- XI – **desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações**.
- XII – **emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios**;
- XIII – **conhecer o processo saúde-doença**, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;
- XIV- conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;
- XV – **conhecer as políticas sociais** (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) **e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo**;

- XVI – **conhecer e correlacionar as realidades regionais** no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;
- XVII – **conhecer a problemática das populações** que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de **inserção e participação na vida social**;
- XVIII – conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;
- XIX – conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;
- XX – conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- XXI – conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;
- XXII – **conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e eqüidade de papéis**;
- XXIII – conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;
- XXIV – conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;
- XXV – desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;
- XXVI – desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;
- XXVII – **conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais**;

- **XXVIII – conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neuro- fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;**
- **XXIX – conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;**
- XXX – desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;
- XXXI – vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;
- **XXXII – conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano** e o processo patológico geral e dos sistemas;
- **XXXIII – conhecer a estrutura psíquica do ser humano**, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;
- XXXIV – conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;
- XXXV – conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.FONTE:

DCN – MEC

ANEXO B

CÓDIGO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Resolução Coffito nº425, de 08 de Julho de 2013 – (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013)

Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições, nos termos das normas contidas no artigo 5º, incisos II e XI, da Lei Federal nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975, em sua 232ª Reunião Plenária Ordinária, realizada em 08 de Julho de 2013, na Sede do COFFITO, em Brasília – DF, R E S O L V E aprovar o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, nos termos das normas contidas na presente Resolução:

1. *Capítulo I – Disposições Preliminares*

Artigo 1º – O Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, trata dos deveres do terapeuta ocupacional, no que tange ao controle ético do exercício de sua profissão, sem prejuízo a todos os direitos e prerrogativas assegurados pelo ordenamento jurídico.

- **§ 1º:** Compete ao Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional zelar pela observância dos princípios deste código, funcionar como Conselho Superior de Ética e Deontologia Profissional, além de firmar jurisprudência e atuar nos casos omissos.
- **§2º:** Compete aos Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, em suas respectivas circunscrições, zelar pela observância dos princípios e diretrizes deste código, e funcionar como órgão julgador em primeira instância.
- **§ 3º:** A fim de garantir a execução deste Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, cabe aos inscritos e aos interessados comunicar e observar as normas relativas ao Código de Processo Ético para que os Conselhos Regionais e Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, possam atuar com clareza e embasamento, fatos que caracterizem a não observância deste Código de Ética.

Artigo 2º – O profissional que infringir o presente código, se sujeitará às penas disciplinares previstas na legislação em vigor.

2. *Capítulo II – Das Responsabilidades Fundamentais*

Artigo 3º – Para o exercício profissional da Terapia Ocupacional é obrigatória à inscrição no Conselho Regional da circunscrição em que atuar na forma da legislação em vigor, mantendo, obrigatoriamente, seus dados cadastrais atualizados junto ao sistema COFFITO/CREFITOS.

- **§ 1º:** O terapeuta ocupacional deve portar sua identificação profissional sempre que em exercício.
- **§ 2º:** A atualização cadastral deve ocorrer minimamente a cada ano, respeitadas as regras específicas quanto ao recadastramento nacional.

Artigo 4º – O terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil.

Artigo 5º – O terapeuta ocupacional avalia sua capacidade técnica e somente aceita atribuição ou assume encargo quando capaz de desempenho seguro para o cliente/paciente/usuário, família/grupo/comunidade, em respeito aos direitos humanos.

- **§ Único:** No exercício de sua atividade profissional o terapeuta ocupacional deve observar as recomendações e normatizações relativas à capacitação e à titulação, emanadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Artigo 6º – O terapeuta ocupacional protege o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe profissional, advertindo o profissional faltoso.

- **§ Único:** Se necessário, representa à chefia imediata, à instituição, ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e/ou outros órgãos competentes, a fim de que sejam tomadas medidas cabíveis, para salvaguardar a saúde, a participação social, o conforto e a intimidade do cliente/ paciente/ usuário/ família/grupo/comunidade ou a reputação profissional dos membros da equipe.

Artigo 7º – O terapeuta ocupacional deve comunicar à chefia imediata da instituição em que trabalha ou à autoridade competente, fato que tenha conhecimento que seja tipificado como crime, contravenção legal ou infração ética.

Artigo 8º – O terapeuta ocupacional deve se atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, capacitando-se em benefício do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade e do desenvolvimento de sua profissão, devendo se amparar nos princípios bioéticos de beneficência e não maleficência, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente.

Artigo 9º – Constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo sua área e atribuição específica:

- I – assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;
- II – exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;
- III – utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem estar, favorecer a participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócio-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;
- IV – manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;
- V – colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;
- VI – oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;
- VII – assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;
- VIII – contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano,

oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

- IX – contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;
- X – cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;
- XI – cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

Artigo 10 – É proibido ao terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas de atuação:

- I – negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso de indubitável urgência;
- II – recomendar, prescrever e executar tratamento ou nele colaborar, quando:
 - a) desnecessário;
 - b) proibido por lei ou pela ética profissional;
 - c) atentatório à moral ou à saúde do cliente/paciente/usuário;
 - d) praticado sem o consentimento do cliente/paciente/usuário, ou por escrito de seu representante legal ou responsável, quando se tratar de menor ou pessoa incapaz;
- III – praticar qualquer ato que não esteja regulamentado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- IV – autorizar a utilização ou não coibi-la, mesmo a título gratuito, de seu nome ou de sociedade de que seja sócio, para atos que impliquem na mercantilização da Saúde, da Assistência Social e da Terapia Ocupacional em detrimento da responsabilidade social e socioambiental;
- V – divulgar para fins de autopromoção, atestado, declaração, imagem ou carta de agradecimento emitida por cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, em razão de serviço profissional prestado;
- VI – deixar de atender a convocação do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a que pertencer ou do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional;

- **VII** – usar da profissão para corromper a moral e os costumes, cometer ou favorecer contravenções e crimes, bem como adotar atos que caracterizem assédios moral ou sexual;
- **VIII** – induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas e religiosas quando no exercício de suas funções profissionais;
- **IX** – encaminhar para programas sócios assistenciais, pessoas, famílias, grupos e comunidades que não se incluam nos critérios legais;
- **X** – deixar de comunicar ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, recusa, demissão ou exoneração de cargo, função ou emprego, que foi motivada pela necessidade de preservar os legítimos interesses de sua profissão.

3. *Capítulo III – Do Relacionamento Com o Cliente/Paciente/Usuário*

Artigo 11 – O terapeuta ocupacional deve zelar pela provisão e manutenção de adequada assistência ao seu cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade amparados em métodos e técnicas reconhecidas e/ou regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Artigo 12 – O terapeuta ocupacional deve se responsabilizar pela elaboração do diagnóstico terapêutico ocupacional, elaborar e aplicar o plano de tratamento, conceder alta para o cliente/paciente/usuário e quando julgar necessário encaminhar para outro profissional.

Artigo 13 – O terapeuta ocupacional deve zelar para que o prontuário do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade permaneça fora do alcance de estranhos à equipe da instituição/programa, salvo quando outra conduta seja expressamente recomendada pela direção da instituição/programa e que tenha amparo legal.

Artigo 14 – Constituem deveres fundamentais dos profissionais terapeutas ocupacionais na sua relação com o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade:

- **I** – respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano ou sua inclusão sócio-comunitária;

- **II** – prestar assistência ao ser humano respeitando seus direitos e sua dignidade de modo que a prioridade no atendimento obedeça a razões de urgência, independentemente de qualquer consideração relativa à raça e etnia, nacionalidade, credo sócio-político, crença, religião, gênero, orientação sexual, condição sócio-econômica-cultural, ou a qualquer outra forma de preconceito, sempre em defesa da vida;
- **III** – respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente/paciente/usuário/família/grupo;
- **IV** – respeitar os princípios bioéticos de autonomia, beneficência e não maleficência do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade de decidir sobre sua pessoa ou coletividade e seu bem estar;
- **V** – informar ao cliente/paciente/usuário e à família ou responsável legal e a outros profissionais envolvidos, quanto à consulta, procedimentos de avaliação, diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento e condutas terapêuticas ocupacionais a serem adotadas, esclarecendo-o ou o seu responsável legal, assim como informar sobre os resultados que forem sendo obtidos, de forma clara, objetiva, compreensível e adaptada à condição cultural e intelectual de quem a recebe;
- **VI** – permitir o acesso do responsável, cuidador, familiar ou representante legal, durante a avaliação e/ou tratamento/assistência, quanto pertinente ao projeto terapêutico, salvo quando sua presença comprometer a eficácia do atendimento ou da mediação sócio-ocupacional para emancipação social, desenvolvimento sócioambiental, econômico e cultural, de cliente /paciente /usuário /família / grupo/ comunidade.

Artigo 15 – É proibido ao terapeuta ocupacional:

- **I** – abandonar o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade em meio ao tratamento ou mediação sócio-ocupacional, sem a garantia de continuidade de assistência, salvo por motivo relevante;
- **II** – dar consulta ou prescrever tratamento terapêutico ocupacional de forma não presencial, salvo em casos regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional;
- **III** – divulgar terapia infalível, secreta ou descoberta cuja eficácia não seja comprovada;

- **IV** – prescrever tratamento terapêutico ocupacional sem realização de consulta prévia diretamente com o cliente/paciente/usuário, exceto em caso de indubitável urgência;
- **V** – inserir em anúncio ou divulgação profissional, bem como expor em seu local de atendimento/trabalho, nome, iniciais de nomes, endereço ou fotografia, inclusive aquelas que comparam quadros anteriores e posteriores ao tratamento realizado, ou qualquer outra referência que possibilite a identificação do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, salvo para divulgação em comunicações e eventos de cunho acadêmico e científico com a autorização formal prévia do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou do responsável legal.

4. *Capítulo IV – Do Relacionamento com a Equipe*

Artigo 16 – O terapeuta ocupacional como participante de equipes multiprofissionais e interdisciplinares ou transdisciplinares constituídas em programas de saúde, de assistência social, de educação e de cultura, tanto no âmbito público, quanto privado, deve colaborar com os seus conhecimentos na assistência ao cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, envidando todos os esforços para o desenvolvimento de um trabalho cooperativo na equipe.

Artigo 17 – O terapeuta ocupacional é responsável pelo acompanhamento e monitoramento do desempenho técnico do pessoal que está sob sua direção, coordenação, supervisão e orientação, incentivando-os à busca de qualificação continuada e permanente, em benefício do cliente/ paciente / usuário / família/ grupo/comunidade e do desenvolvimento da profissão, respeitando sua autonomia.

Artigo 18 – A responsabilidade do terapeuta ocupacional por erro cometido em sua atuação profissional, não é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma instituição ou de uma equipe e será apurado na medida de sua culpabilidade.

Artigo 19 – O terapeuta ocupacional deve reprovar quem infringe postulado ético ou dispositivo legal e representar aos Conselhos Regional e Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com as previsões do Código do Processo Ético-Disciplinar, e quando for o caso, aos demais órgãos competentes.

Artigo 20 – O terapeuta ocupacional, ao participar de eventos culturais, científicos e políticos com colega ou outros profissionais, deve ser respeitoso e cordial para com

os participantes, evitando qualquer referência que possa ofender a reputação moral, científica e política dos mesmos.

Artigo 21 – O terapeuta ocupacional deve tratar os colegas e outros profissionais com respeito e urbanidade, seja verbalmente, por escrito ou por via eletrônica, não prescindindo de igual tratamento e de suas prerrogativas.

Artigo 22 – O terapeuta ocupacional, solicitado para cooperar em diagnóstico ou orientar em assistência ou programas, considera o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade como permanecendo sob os cuidados/ações/intervenções do solicitante.

Artigo 23 – O terapeuta ocupacional que solicita para cliente/ paciente/ usuário/ família/grupo/ comunidade sob sua assistência, os serviços especializados de colega, não deve indicar a este a conduta profissional.

Artigo 24 – O terapeuta ocupacional que recebe para atendimento cliente/ paciente/usuário/família/grupo/comunidade confiado por colega em razão de impedimento eventual deste, deve reencaminhar o(a) mesmo(a) ao colega uma vez cessado o impedimento.

Artigo 25 – É proibido ao terapeuta ocupacional:

- I – concorrer, a qualquer título, para que outrem pratique crime, contravenção, e; o penal ou ato que infrinja postulado ético profissional;
- II – prestar ao cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, assistência que, por sua natureza, incumbe a outro profissional;
- III – pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, bem como praticar ato que importe em concorrência desleal ou acarrete dano ao desempenho profissional de colega;
- IV – utilizar de sua posição hierárquica para induzir ou persuadir seus colegas subordinados a executar condutas ou atos que firam princípios éticos ou a autonomia profissional;
- V – utilizar de sua posição hierárquica para impedir, prejudicar ou dificultar que seus subordinados realizem seus trabalhos ou atuem dentro dos princípios éticos;
- VI – concorrer, de qualquer modo para que outrem exerça ilegalmente atividade própria do terapeuta ocupacional;
- VII – permitir, mesmo a título gratuito, que seu nome conste do quadro de pessoal de unidades ou programas de saúde, de assistência social, dos de estabelecimentos de saúde e de assistência social, como hospital, ambulatório, consultório, clínica,

policlínica, centros de referência de assistência social, escola, curso, sociedades civis de direito privado, entidade desportiva, ou qualquer outra instituição pública ou privada ou estabelecimento congênere similar ou análogo, sem nele exercer as atividades de terapeuta ocupacional ;

- VIII – permitir que trabalho que executou seja assinado por outro profissional, assinar trabalho que não executou ou do qual não tenha participado;
- IX – angariar ou captar serviço ou cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, com ou sem a intervenção de terceiro, utilizando recurso incompatível com a dignidade da profissão ou que implique em concorrência desleal;
- X – desviar de forma antiética, para serviço particular, cliente/ paciente/ usuário/ família/grupo que esteja em atendimento em outra instituição;
- XI – desviar de forma antiética para si ou para outrem, cliente/ paciente/ usuário/ família/grupo de colega;
- XII – atender a cliente/paciente/usuário/família/grupo que saiba estar em tratamento com colega, ressalvadas as seguintes hipóteses:
 - a) a pedido do colega;
 - b) em caso de indubitável urgência;
 - c) quando procurado espontaneamente pelo cliente/paciente/usuário/ família/grupo;

5. *Capítulo V – Das Responsabilidades no Exercício da Terapia Ocupacional*

Artigo 26 – O terapeuta ocupacional, em sua prática, deve atuar em consonância com a política nacional de saúde, de assistência social, de educação e de cultura promovendo os preceitos da saúde coletiva, da participação social, da vida sócio-comunitária, no desempenho das suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.

Artigo 27 – O terapeuta ocupacional deve empenhar-se na melhoria das condições da assistência terapêutica ocupacional e nos padrões de qualidade dos serviços de Terapia Ocupacional, no que concerne às políticas públicas, à educação sanitária e às respectivas legislações.

Artigo 28 – O terapeuta ocupacional deve ser solidário aos movimentos em defesa da dignidade profissional e das políticas públicas, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional e seu

aprimoramento, inserção em programas, ações e projetos assim como questões de garantia ao direito à cidadania.

Artigo 29 – O terapeuta ocupacional deve ser pontual no cumprimento das obrigações pecuniárias inerentes ao exercício da sua Terapia Ocupacional.

Artigo 30 – É proibido ao terapeuta ocupacional:

- **I** – promover ou participar de atividade de ensino ou pesquisa em que direito inalienável do ser humano seja violado, sem observância às disposições legais pertinentes ou que acarrete risco à vida ou dano à saúde e à vida social, respeitando, as normas éticas, bioéticas e legais em vigor;
- **II** – divulgar e declarar possuir títulos acadêmicos que não possa comprovar ou de especialista profissional que não atenda às regulamentações específicas editadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- **III** – utilizar para fins de identificação profissional titulações outras que não sejam aquelas reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, salvo titulação acadêmica strictu sensu, ou omitir sua titulação profissional sempre que se anunciar em eventos científicos, anúncio profissional e outros;
- **IV** – substituir a titulação de terapeuta ocupacional por expressões genéricas tais como: terapeuta de mão, terapeuta funcional, terapeuta corporal, terapeuta holístico, entre outros;
- **V** – exigir de forma antiética, de instituição ou cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, outras vantagens, além do que lhe é devido em razão de contrato, honorários ou exercício de cargo, função ou emprego, como também receber de pessoa física ou jurídica, comissão, remuneração, benefício ou vantagem por encaminhamento de cliente/paciente/usuário/grupo/comunidade ou que não corresponda a serviço efetivamente prestado;
- **VI** – deixar de comunicar formalmente à instituição onde trabalha da necessidade de registro no Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da circunscrição, salvo nos casos das empresas legalmente desobrigadas de tal registro;
- **VII** – deixar de comunicar formalmente ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da região da recusa do registro por parte de instituição ou serviços obrigados a tal registro;

- **VIII** – deixar de comunicar formalmente ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da região, que trabalha em empresa legalmente dispensada de registro, para fins de cadastro;
- **IX** – trabalhar ou ser colaborador de entidade na qual sejam desrespeitados princípios éticos e bioéticos e onde inexista a autonomia profissional e condições de adequada assistência ao cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;
- **X** – utilizar impressos de instituições públicas na prática privada;
- **XI** – ensinar procedimentos próprios da Terapia Ocupacional visando a formação profissional de outrem, que não seja, acadêmico ou profissional de Terapia Ocupacional.

Artigo 31 – O terapeuta ocupacional, no exercício da Responsabilidade Técnica, deve cumprir a resolução específica, a fim de garantir os aspectos técnicos, éticos e bioéticos, reconhecidos e normatizados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

6. *Capítulo VI – Do Sigilo Profissional*

Artigo 32 – É proibido ao terapeuta ocupacional:

- **I** – revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;
- **II** – negligenciar na orientação de seus colaboradores, quanto ao sigilo profissional;
- **III** – fazer referência a casos clínicos ou de assistência social identificáveis, exibir cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou sua imagem em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos terapêuticos ocupacionais em qualquer meio de comunicação, salvo quando autorizado pelo cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou seu responsável legal.

§ Único: Compreende-se como justa causa: demanda judicial ou qualquer previsão legal que determine a divulgação.

7. *Capítulo VII – Do Terapeuta Ocupacional Perante as Entidades de Classe*

Artigo 33 – O terapeuta ocupacional, por sua atuação nos órgãos de representação política e profissional, deve participar da determinação de condições justas de trabalho e/ou aprimoramento técnico-científico e cultural para o exercício da profissão.

Artigo 34 – É recomendado ao terapeuta ocupacional, com vistas à responsabilidade social e consciência política, pertencer às entidades associativas da classe de caráter cultural, social, científico ou sindical a nível local e/ou nacional na circunscrição em que exercer a sua atividade profissional.

Artigo 35 – É proibido ao terapeuta ocupacional, inclusive na condição de docente, manifestar, divulgar, ou fomentar conteúdo que atente de forma depreciativa contra órgão e entidades de classe, assim como à moral de seus respectivos representantes, utilizando-se de qualquer meio de comunicação.

8. *Capítulo VIII – Dos Honorários Profissionais*

Artigo 36 – O terapeuta ocupacional tem direito a justa remuneração por seus serviços profissionais.

Artigo 37 – O terapeuta ocupacional, na fixação de seus honorários, deve considerar como parâmetro básico cumprir o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais da Terapia Ocupacional.

Artigo 38 – O terapeuta ocupacional pode deixar de cobrar honorários por assistência prestada a:

- I – ascendente, descendente, colateral, afim ou pessoa que viva sob sua dependência econômica;
- II – colega ou pessoa que viva sob a dependência econômica deste, ressalvado o recebimento do valor do material porventura despendido na prestação de assistência;
- III – cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade reconhecidamente hipossuficientes de recursos econômicos.

Artigo 39 – É proibido ao terapeuta ocupacional prestar assistência profissional gratuita ou a preço ínfimo, ressalvado o disposto no Art. 38, entendendo como preço ínfimo o valor inferior ao Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais da Terapia Ocupacional .

Artigo 40 – É proibido ao terapeuta ocupacional:

- I – afixar valor de honorários fora do local da assistência terapêutica ocupacional ou promover sua divulgação de forma incompatível com a dignidade da profissão ou que implique em concorrência desleal;

- **II** – cobrar honorários de cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração como complemento de salários ou de honorários;
- **III** – obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de órteses ou produtos de qualquer natureza, cuja compra decorra da influência direta em virtude de sua atividade profissional.

9. *Capítulo IX – Da Docência, Preceptoria, Da Pesquisa e Produção Científica.*

Artigo 41 – No exercício da docência, da preceptoria, da pesquisa e da produção científica, o terapeuta ocupacional norteará sua prática de ensino, pesquisa e extensão nos princípios deontológicos éticos e bioéticos da profissão e da vida humana, observando:

- **I** – que a crítica a teorias, métodos ou técnicas seja de forma impessoal, não visando o autor, mas o tema e seu conteúdo;
- **II** – que ao utilizar dados e imagens que possam identificar o cliente/ paciente/ usuário/ família/grupo/comunidade, seja obtida autorização prévia por escrito, ou outra forma legal de autorização destes ou de seus representantes legais no termo de consentimento livre e esclarecido, ou no termo próprio de liberação para uso de imagem;
- **III** – que é responsável por intervenções e trabalhos acadêmicos executados por alunos sob sua supervisão;
- **IV** – que é responsável por ações realizadas por residentes sob sua preceptoria;
- **V** – que não deve apropriar-se de material didático de outrem, ocultando sua autoria, sem as devidas anuência e autorização formal;
- **VI** – que deve primar pelo respeito à legislação atinente aos estágios, denunciando ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional qualquer fato que caracterize o exercício ilegal da profissão pelo acadêmico ou sujeição do acadêmico a situações que não garantam a qualificação técnico-científica do mesmo;
- **VII** – o cuidado em não instigar ou induzir alunos sob sua supervisão contra órgãos ou entidades de classe, estimulando a livre construção do pensamento crítico;
- **VIII** – a proibição, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, do ensino de procedimentos próprios da Terapia Ocupacional visando à formação profissional de outrem, exceto acadêmicos e profissionais de Terapia Ocupacional.

Artigo 42 – Na pesquisa, cabe ao terapeuta ocupacional cumprir as normas dos órgãos competentes e a legislação específica, considerando a segurança da pessoa, da família ou coletividade e do meio ambiente acima do interesse da ciência. Deve obter por escrito, ou por outra forma legal de autorização, o termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes ou responsáveis legais, informando os mesmos sobre a natureza, riscos e benefícios da pesquisa, disponibilizando posteriormente, a critério do autor, os resultados à comunidade científica e à sociedade.

Artigo 43 – É vedado ao terapeuta ocupacional exercer a atividade de docência e pesquisa sem que esteja devidamente registrado no Conselho Regional de sua circunscrição sempre que estas atividades envolverem assistência ao paciente/cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou prática profissional.

Artigo 44 – É proibido ao terapeuta ocupacional na pesquisa:

- I – servir-se de posição hierárquica para impedir ou dificultar a utilização das instalações e/ou outros recursos sob sua direção, para o desenvolvimento de pesquisa, salvo por motivos relevantes e justificáveis;
- II – servir-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome na coautoria de obra científica da qual não tenha efetivamente participado;
- III – induzir ou contribuir para a manipulação de dados de pesquisa que beneficiem empresas, instituições ou a si próprio;
- IV – deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais;
- V – publicar ou divulgar informações inverossímeis ou dados manipulados, que venham a prejudicar o julgamento crítico de outros profissionais gerando prejuízos para cliente/paciente/usuários/família/grupo/comunidade ou para desenvolvimento da profissão;
- VI – promover ou participar de atividade de ensino ou pesquisa em que direito inalienável do ser humano seja violado, ou acarrete risco de vida ou dano a sua saúde, à participação social e ao meio ambiente respeitando as normas ético-legais em vigor.

Artigo 45 – Na publicação e divulgação de trabalhos científicos o terapeuta ocupacional deverá garantir a veracidade dos dados e informações, em benefício da ciência.

§ Único: O terapeuta ocupacional deve garantir que as informações publicadas em seus trabalhos científicos não identifiquem os sujeitos da pesquisa, individualmente, salvo o previsto no inciso II do artigo 41.

10. Capítulo X – Da Divulgação Profissional

Artigo 46 – Ao promover publicamente os seus serviços em qualquer meio de comunicação, o terapeuta ocupacional deve fazê-lo com exatidão e dignidade, observando os preceitos deste código, bem com as normas dos Conselhos Federal e Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Artigo 47 – A utilização da rede mundial de computadores (internet) para fins profissionais deve seguir os preceitos deste código e demais normatizações pertinentes.

Artigo 48 – Nos anúncios, placas e impressos, bem como divulgação em meio eletrônico, devem constar o nome do terapeuta ocupacional, da profissão e o número de inscrição do Conselho Regional, podendo ainda consignar:

- **I** – os títulos das especialidades profissionais que possua, reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, para as quais o terapeuta ocupacional esteja habilitado;
- **II** – título de formação acadêmica strictu sensu;
- **III** – o endereço, telefone, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios e credenciamentos;
- **IV** – instalações, equipamentos e métodos de tratamento, respeitando a legislação vigente e resolução específica;
- **V** – logomarca, logotipo ou heráldicos determinados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional;
- **VI** – logomarca, logotipos ou símbolos de instituições, programas, entidades, empresas, sociedades, associações e federações as quais o profissional seja legalmente vinculado;
- **VII** – logomarca ou logotipo próprio condizente com a dignidade profissional.

Artigo 49 – É permitido ao terapeuta ocupacional que atua em serviço multiprofissional divulgar sua atividade profissional em anúncio coletivo, observando os preceitos deste código e a dignidade da profissão.

strong – Quando o terapeuta ocupacional no serviço ou consultório próprio utilizar nome fantasia, sua divulgação deverá respeitar o preceituado neste código e a dignidade da profissão.

Artigo 51 – Na divulgação em meio eletrônico de textos, imagens e vídeos com orientações para cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade, o terapeuta ocupacional deverá observar o preceituado neste Código.

Artigo 52 – Em artigos, entrevistas e outros pronunciamentos públicos, em qualquer meio de comunicação, o terapeuta ocupacional responderá perante o Conselho Regional e Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional pela impropriedade técnica ou transgressão às leis e normas regulamentares do exercício profissional.

11. *Capítulo XI – Das Disposições Gerais*

Artigo 53 – Ao profissional que infringir este Código, são aplicadas as penas disciplinares previstas no artigo 17, da Lei nº. 6.316, de 17 de dezembro de 1975.

Artigo 54 – A pretensão à punibilidade das infrações disciplinares prescreve em 05 (cinco) anos, contados da constatação oficial do fato.

- **§ 1º:** Aplica-se a prescrição a todo processo disciplinar paralisado por mais de 03 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado de ofício, ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.
- **§ 2º:** A prescrição interrompe-se:
 - I – pela instauração de processo disciplinar ou pela notificação válida feita diretamente ao representado;
 - II – pela decisão condenatória recorrível, singular ou colegiada, de qualquer órgão julgador dos Conselhos Regional e Federal da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional.

Artigo 55 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Artigo 56 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 57 – Revogam-se as Resoluções COFFITO 29/82 e COFFITO 10/78.

Brasília, 08 de Julho de 2013.

Dr. Cássio Fernando Oliveira da Silva – Diretor-Secretário

Dr. Roberto Mattar Cepeda – Presidente

ANEXO C

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

DISPOSIÇÕES GERAIS Artigo 1 – Escopo a) A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais. b) A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas. Artigo 2 – Objetivos Os objetivos desta Declaração são: (i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética; (ii) orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas; (iii) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos; (iv) reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais; (v) promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo; (vi) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento; (vii) salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras; e (viii) ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade. **PRINCÍPIOS** Conforme a presente Declaração, nas decisões tomadas ou práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, devem ser respeitados os princípios a seguir. Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser

respeitados em sua totalidade. b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. Artigo 4 – Benefício e Dano Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas. Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia. Artigo 6 – Consentimento a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito. b) A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O consentimento pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer hora e por qualquer razão, sem acarretar qualquer desvantagem ou preconceito. Exceções a este princípio somente devem ocorrer quando em conformidade com os padrões éticos e legais adotados pelos Estados, consistentes com as provisões da presente Declaração, particularmente com o Artigo 27 e com os direitos humanos. c) Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual. Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento: a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre

consentimento assim como sua retirada; b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada.

Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos.

Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo A importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.

Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas.

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua

população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade. b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano; (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios

a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento. Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas: (i) ajuda especial e sustentável e reconhecimento aos indivíduos e grupos que tenham participado de uma pesquisa; (ii) acesso a cuidados de saúde de qualidade; (iii) oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa; (iv) apoio a serviços de saúde; (v) acesso ao conhecimento científico e tecnológico; (vi) facilidades para geração de capacidade em pesquisa; e (vii) outras formas de benefício coerentes com os princípios dispostos na presente Declaração.

b) Os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação em pesquisa.

Artigo 16 – Proteção das Gerações Futuras

O impacto das ciências da vida sobre gerações futuras, incluindo sobre sua constituição genética, deve ser devidamente considerado.

Artigo 17 – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS

Artigo 18 – Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas

a) Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a

utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas. b) Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo. c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes.

Artigo 19 – Comitês de Ética Comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas devem ser instituídos, mantidos e apoiados em nível adequado com o fim de: (i) avaliar questões éticas, legais, científicas e sociais relevantes relacionadas a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos; (ii) prestar aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas; (iii) avaliar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da presente Declaração; e(iv) promover o debate, a educação, a conscientização do público e o engajamento com a bioética.

Artigo 20 – Avaliação e Gerenciamento de Riscos Deve-se promover a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas.

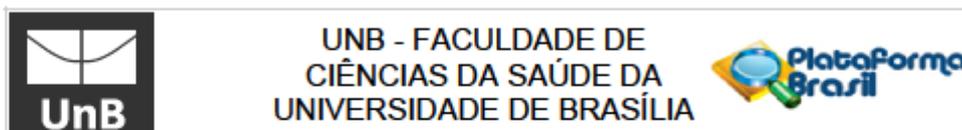
Artigo 21 – Práticas Transnacionais a) Os Estados, as instituições públicas e privadas, e os profissionais associados a atividades transnacionais devem empreender esforços para assegurar que qualquer atividade no escopo da presente Declaração que seja desenvolvida, financiada ou conduzida de algum modo, no todo ou em parte, em diferentes Estados, seja coerente com os princípios da presente Declaração. b) Quando a pesquisa for empreendida ou conduzida em um ou mais Estados [Estado(s) hospedeiro(s)] e financiada por fonte de outro Estado, tal pesquisa deve ser objeto de um nível adequado de revisão ética no(s) Estado(s) hospedeiro(s) e no Estado no qual o financiador está localizado. Esta revisão deve ser baseada em padrões éticos e legais consistentes com os princípios estabelecidos na presente Declaração. c) Pesquisa transnacional em saúde deve responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes. d) Na negociação de acordos para pesquisa, devem ser estabelecidos os termos da colaboração e a concordância sobre os benefícios da pesquisa com igual participação de todas as partes na negociação. e) Os Estados devem tomar medidas adequadas, em níveis nacional e internacional, para combater o bioterrorismo e o tráfico ilícito de órgãos, tecidos, amostras, recursos genéticos e materiais genéticos.

PROMOÇÃO DA

DECLARAÇÃO Artigo 22 – Papel dos Estados a) Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público b) Os Estados devem estimular o estabelecimento de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, conforme o disposto no Artigo 19. Artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética a) De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética. b) Os Estados devem estimular a participação de organizações intergovernamentais, internacionais e regionais e de organizações não governamentais internacionais, regionais e nacionais neste esforço. Artigo 24 – Cooperação Internacional a) Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico. b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do know-how relacionado e dos benefícios decorrentes. c) Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ou Artigo 25 – Ação de Acompanhamento pela UNESCO a) A UNESCO promoverá e disseminará os princípios da presente Declaração. Para tanto, a UNESCO buscará apoio e assistência do Comitê Intergovernamental de Bioética (IGBC) e do Comitê Internacional de Bioética (IBC). b) A UNESCO reafirmará seu compromisso em tratar de bioética e em promover a colaboração entre o IGBC e o IBC. CONSIDERAÇÕES FINAIS Artigo 26 – Inter-relação e Complementaridade dos Princípios A presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e interrelacionados. Cada princípio deve ser

interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância. Artigo 27 – Limitações à Aplicação dos Princípios Se a aplicação dos princípios da presente Declaração tiver que ser limitada, tal limitação deve ocorrer em conformidade com a legislação, incluindo a legislação referente aos interesses de segurança pública para a investigação, constatação e acusação por crimes, para a proteção da saúde pública ou para a proteção dos direitos e liberdades de terceiros. Quaisquer dessas legislações devem ser consistentes com a legislação internacional sobre direitos humanos. Artigo 28 – Recusa a Atos Contrários aos Direitos Humanos, às Liberdades Fundamentais e Dignidade Humana Nada nesta Declaração pode ser interpretado como podendo ser invocado por qualquer Estado, grupo ou indivíduo, para justificar envolvimento em qualquer atividade ou prática de atos contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL

Pesquisador: LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91684518.4.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.770.704

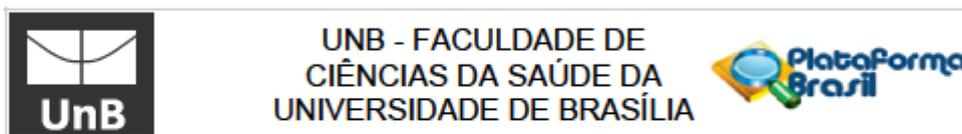
Apresentação do Projeto:

Conforme projeto da Plataforma Brasil:

"Resumo:

Este estudo pretende identificar e analisar os conteúdos de Bioética na formação acadêmica do terapeuta ocupacional no Brasil, sua importância no desenvolvimento de competências e habilidades, qualificando a atuação deste profissional junto aos indivíduos, grupos e coletividade, nas áreas da saúde, assistência social, educação e cultura, como outras áreas, enfrentando os dilemas bioéticos que surgem nas relações profissionais. O terapeuta ocupacional intervém junto aos problemas no desempenho ocupacional do cotidiano do indivíduo ou da coletividade seja nas ações das políticas públicas ou no campo privado, buscando a participação social. Serão analisados os projetos pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional para identificar conteúdos de Bioética, assim como, a compreensão dos docentes sobre a Bioética e o reconhecimento de sua importância nessa formação. Serão aplicados questionários on line ou de forma presencial, e entrevistas com alguns docentes destacados. Nessa coleta será utilizado o cadastro de docentes inscritos na Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), entidade nacional de ensino, independente da situação de regularidade pecuniária ou cadastral do docente associado. Será utilizada a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), como referência para essa análise, destacando, sua contextualização na realidade brasileira. Foram elencados para esse estudo, doze artigos da DUBDH, descritos a seguir: 3.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cep@sunb@gmail.com



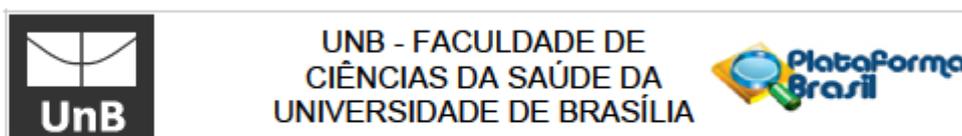
Continuação do Parecer: 2.770.704

Dignidade Humana e Direitos Humanos, 4. Benefício e Dano, 5. Autonomia e Responsabilidade Individual, 6. Consentimento, 7. Indivíduos sem a Capacidade para Consentir, 8. Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, 9. Privacidade e Confidencialidade, 10. Igualdade, Justiça e Equidade, 11. Não-Discriminação e Não- Estigmatização, 12. Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo, 13. Solidariedade e Cooperação, 14. Responsabilidade Social e Saúde, 15. Compartilhamento de Benefícios. Buscaremos o referencial da Bioética de Intervenção, também, para essa análise, pois é uma compreensão da Bioética mais próxima das ações da Terapia Ocupacional voltadas ao cotidiano das pessoas. Nessa análise documental dos Projetos Pedagógicos (PP) serão agrupados: PP com Bioética em disciplinas próprias, em disciplinas de Ética, em outras disciplinas ou ausência desse conteúdo. Essa pesquisa qualitativa, com caráter descritivo-analítico terá tabulação das respostas dos docentes para identificação do nível de compreensão da Bioética e do reconhecimento de sua importância na formação do terapeuta ocupacional. Esperamos que esse estudo contribua na inclusão ou incremento da Bioética nas atividades curriculares para a formação do terapeuta ocupacional, seja em disciplinas, módulos, extensão ou pesquisa levando a mudanças atitudinais do terapeuta ocupacional junto à população atendida de forma mais humanizada, crítica e reflexiva. Palavras Chaves: Terapeuta Ocupacional, Terapia Ocupacional, Bioética, Formação Profissional.*

***Metodologia Proposta:**

Consiste em um estudo descritivo-analítico sendo realizado em duas etapas. A primeira, uma análise documental para identificação dos conteúdos da Bioética nos projetos políticos pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional no país, sendo 79 registrados no MEC e apenas 57 em funcionamento (INSTITUTO..., 2006) Devido a crise vivenciada nos cursos privados, sem fechamento de turmas nos vestibulares, alguns cursos suspenderam vestibular e se encontram sem turmas ou com poucas turmas em fase de conclusão (GARRAFA, 2003). Os cursos abertos até antes da coleta de dados, farão parte do estudo. A análise documental será realizada com a coleta dos projetos pedagógicos por via on line, pois alguns sites de Cursos de Terapia Ocupacional disponibilizam esses documentos para consulta pública e outros serão solicitados de forma presencial ou por email. Nesta primeira fase desse estudo, será realizada uma primeira fase de organização do material, numa seleção documental de forma analítica, buscando diferenciar os Projetos Pedagógicos por inserção da Bioética nesses documentos, sendo um grupo selecionado dos que possuem disciplinas próprias de Bioética, outro, dos que a Bioética é contemplada como conteúdos de outras disciplinas como ética e deontologia, outro grupo dos que a Bioética é

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@sunb@gmail.com



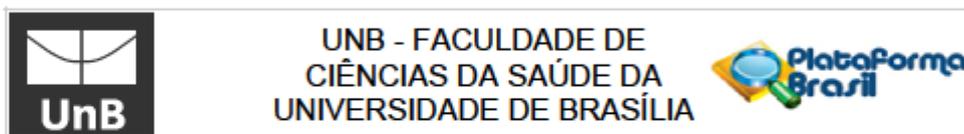
Continuação do Parecer: 2.770.704

incluída em outras disciplinas e o último, que agrupa os Projetos Pedagógicos que não possuem nenhuma referência à Bioética. Organizar o material significa processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio. (PIMENTEL, Alessandra, 2001) A segunda etapa se refere à pesquisa de campo com aplicação de questionário aos docentes que se inscreveram na associação de ensino de Terapia Ocupacional, a RENETO, Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional. O questionário será composto com perguntas fechadas, com dados pessoais, da vida acadêmica e da prática profissional, suas percepções sobre Bioética referentes ao Curso em que leciona e aos seus conhecimentos próprios sobre o tema. Além dos questionários, serão realizadas algumas entrevistas com docentes que aceitem participar dessa atividade, com assinatura do TCLE. Esses docentes serão os que ensinam as disciplinas com essa temática, ou alguns docentes que se destacam por estudos, pesquisas nas áreas e participação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, totalizando uns sessenta entrevistados, de acordo com o número de cursos existentes. Os materiais a serem utilizados na pesquisa são: diário de campo; roteiro de observações; gravador de voz; câmera fotográfica e filmadora digital. O diário de campo será utilizado para realizar anotações durante as visitas aos cursos de Terapia Ocupacional e entrevistas. A câmera fotográfica e filmadora digital serão utilizadas para fotografar e filmar depoimentos dos alunos e profissionais. Será realizada análise qualitativa dos dados obtidos nos procedimentos supracitados e sistematização de tais informações através de tabulação, relacionando-as com os objetivos da pesquisa. Será necessário transcrever os dados da pesquisa para o programa de tabulação de dados (Excel). Os gráficos serão gerados e devidamente analisados, sejam os de análise documental com os Projetos Pedagógicos, sejam os resultantes das respostas tabuladas dos questionários e entrevistas. Será utilizada uma análise qualitativa, pois esta corresponde melhor aos objetivos da pesquisa. Na análise qualitativa, o pesquisador deve ter uma interpretação para além dos dados apresentados, realizando abstrações, inovando, criando explicações que mesmo que não estejam explicitadas no texto, possam ser percebidas de forma implícita nos documentos analisados, depoimentos colhidos em questionários"

"Critério de Inclusão:

Serão docentes associados à RENETO, que estejam com vínculo empregatício ativo em suas instituições de ensino superior independente da condição de regularidade administrativa ou pecuniária junto à Associação de Ensino. Serão feitos os cálculos amostrais de acordo com o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

quantitativo de profissionais à época da coleta dos dados, de modo a se garantir uma amostra representativa. Os docentes que se aposentarem ou forem demitidos após a coleta de dados não serão excluídos da pesquisa, continuaram com critério de inclusão.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão serão direcionados aos que estiverem na relação de associados, mas já aposentados ou sido demitidos das instituições de ensino superior antes da coleta de dados."

"Metodologia de Análise de Dados:

Será realizada análise documental dos projetos pedagógicos(PP) em quatro grupos, a saber:PP com disciplinas de Bioética, na disciplina de ética, em outras disciplinas, sem conteúdo em nenhuma disciplina. Os dados colhidos nos questionários que serão tabulados, terão uma análise crítica da autora, sendo agrupadas as respostas por categorias para que possam ser decompostas em partes, analisadas, e recompostas para discussão e uma conclusão final através de um relatório científico."

Objetivo da Pesquisa:

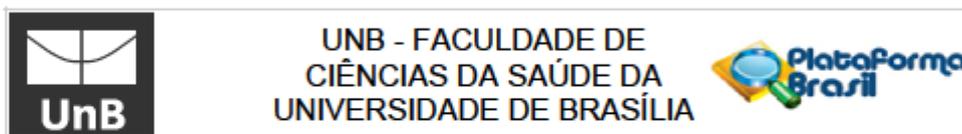
"Objetivo Primário:

- Identificar e analisar conteúdos da Bioética na formação do terapeuta ocupacional demonstrada nos projetos pedagógicos, na compreensão de Bioética dos docentes, quanto à sua contribuição para uma ação profissional mais crítica e reflexiva tendo como referencial normativo e político, ético, os princípios expressos na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Unesco.

Objetivo Secundário:

1. Identificar a presença de conteúdos de Bioética nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional no Brasil nas Instituições de Ensino Superior, descrevendo as diferenças e semelhanças nas instituições públicas e privadas. 2. Conhecer a compreensão dos docentes terapeutas ocupacionais sobre a presença dos conteúdos de Bioética em sua graduação e a influência destes para a prática profissional; 3. Relacionar os achados no levantamento documental aos obtidos através dos questionários e das entrevistas com os docentes."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

O presente estudo será conduzido de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, dispõe sobre projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Os riscos são mínimos, podendo ocorrer algum constrangimento durante a aplicação dos questionários, mas todas as medidas preventivas serão adotadas para que isso não ocorra, deixando o docente à vontade para recusa de alguma resposta

Benefícios:

Os benefícios serão importantes para a formação do terapeuta ocupacional fortalecendo profissional para enfrentamento dos dilemas bioéticos em seu cotidiano profissional, criando atitudes e habilidades nesse fazer profissional e humanizando sua ação profissional com maior compreensão do ser humano político e plural."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, UnB, de Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão, sob orientação do Prof. Miguel Ângelo Montagner.

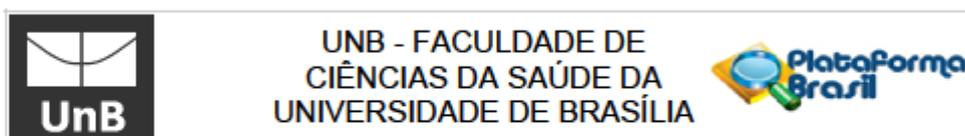
Pesquisa qualitativa, com caráter descritivo-analítico que "terá tabulação das respostas dos docentes para identificação do nível de compreensão da Bioética e do reconhecimento de sua importância na formação do terapeuta ocupacional". Serão aplicados questionários on line ou de forma presencial, e entrevistas com docentes que ensinam as disciplinas com a temática Bioética, ou "que se destacam por estudos, pesquisas nas áreas e participação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, totalizando uns sessenta entrevistados".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100315.pdf 17/06/2018.
2. Termo de responsabilidade e compromisso assinado pela pesquisadora responsável, declarando ciência e cumprimento da Res. CNS 466/2012 - documentos não editáveis e que não permitem recurso de "copiar e colar", "Termo_Responsabilidade_Compromisso_Projeto_Luziana_Maranhao_.docx", postado em 17/06/2018, e "Termo_Responsabilidade_Luziana_Maranhao.pdf", postado em 12/06/2018.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@sunb@gmail.com



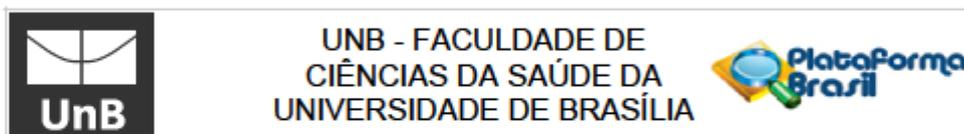
Continuação do Parecer: 2.770.704

3. Carta de encaminhamento de projeto ao CEP/FS, informando tratar-se de projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, assinam a pesquisadora responsável e o Prof. Miguel Ângelo Montagner - documentos não editáveis e que não permitem recurso de "copiar e colar", "Carta_encaminhamento_CEP_Projeto_Luziana_Maranhao.docx", postado em 17/06/2018, e "Carta_encaminhamento_Luziana_Maranhao.pdf", postado em 12/06/2018.
4. Modelo de TCLE - "TCLE_Luziana_Maranhao_.pdf" e versão editável "TCLE_Projeto_Luziana_Maranhao_.docx", postados em 17/06/2018.
5. Cronograma, informando "Coleta de Dados" em agosto e setembro de 2018 - "Cronograma_Luziana_Maranhao.pdf" e versão editável "Cronograma_Luziana_Maranhao.docx", postados em 12/06/2018.
6. Projeto Detalhado - "Projeto_do_doutorado_Luziana_CEP_FS_UNB.pdf" e versão editável "Projeto_do_doutorado_Luziana.docx", postados em 12/06/2018.
7. Currículos Lattes de Miguel Ângelo Montagner, Professor Associado da Universidade de Brasília - Campus Ceilândia, e Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão, terapeuta ocupacional e pedagoga - "Curriculo_Miguel.pdf" e "Curriculo_Luziana_Maranhao.pdf", postados em 12/06/2018, respectivamente.
8. Orçamento no valor total de R\$ 4.635,20, consistindo de cartucho de impressora, materiais de papelaria, livros e despesas com participação em evento científico - "Planilha Orcamento_Luziana_Maranhao.pdf" e versão editável "Planilha Orcamento_Luziana_Maranhao.doc", postados em 12/06/2018.
9. Folha de Rosto com assinatura da pesquisadora responsável e assinatura e carimbo do diretor responsável pela instituição proponente, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, Prof. Laudimar Alves de Oliveira - "Folha_de_rosto_assinatura_UNB_autora.pdf", postado em 12/06/2018.
10. Carta de anuência da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), autorizando a utilização do banco de dados de docentes de Terapia Ocupacional inscritos na entidade, explícita acesso a nomes e e-mails a não obrigatoriedade do docente associado em participar da pesquisa, e ainda de que a pesquisa não acarretará em despesa para a instituição. Assinatura e carimbo de Stella Maris Nicolau, presidente da RENETO - "carta_anuencia_RENETO.pdf", postado em 08/05/2018.

Recomendações:

Não se aplicam.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Considerando que serão utilizadas câmera fotográfica e filmadora digital para fotografar e filmar depoimentos dos alunos e profissionais, solicita-se apresentar modelo de "Termo de Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa".

2. Quanto ao projeto detalhado e projeto da Plataforma Brasil:

2.1. No resumo do projeto da Plataforma Brasil e metodologia do projeto detalhado, é mencionada a participação de alunos e profissionais, contudo no critério de inclusão é mencionada a participação do docente somente na pesquisa, solicita-se esclarecer qual a população de estudo. Solicita-se ainda a adequação do texto nos projetos detalhado e da Plataforma Brasil.

2.2. Solicita-se incluir na metodologia do projeto e nas considerações éticas a possibilidade não só de recusa em responder alguma questão que traga constrangimento ao participante de pesquisa, mas também de desistência da participação na pesquisa.

2.3. Quanto aos benefícios, lê-se: "Os benefícios serão importantes para a formação do terapeuta ocupacional fortalecendo o profissional para enfrentamento dos dilemas bioéticos em seu cotidiano profissional, criando atitudes e habilidades nesse fazer profissional e humanizando sua ação profissional com maior compreensão do ser humano político e plural.". Solicita-se informar as ações que serão realizadas com os participantes de pesquisa para que os benefícios apresentados pela pesquisadora sejam efetivos. Pergunta-se como os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes de pesquisa, se haverá alguma ação educativa ou proposição de alteração de conteúdo das disciplinas de bioética.

2.4. Solicita-se detalhar e uniformizar cronograma no projeto da Plataforma Brasil, conforme cronograma apresentado em arquivo único, "Planilha_Orcamento_Luziana_Maranhao.doc", postado em 12/06/2018.

2.5. Não fica claro se serão 80 ou 100 participantes de pesquisa. Solicita-se uniformizar tal dado em todos os documentos pertinentes.

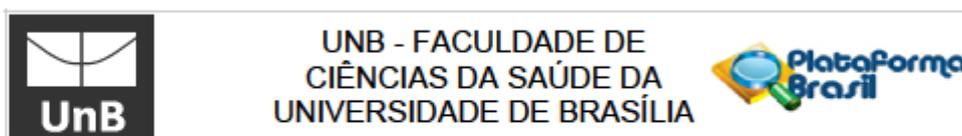
riscos - suprimir mínimos

3. Solicita-se apresentar o questionário online e presencial, bem como questões que nortearão a entrevista dos participantes de pesquisa para apreciação do CEP/FS.

4. Quanto ao modelo de TCLE, "TCLE_Projeto_Luziana_Maranhao_.docx", postado em 17/06/2018:

4.1. Na página 1 de 3, quarto parágrafo, a pesquisadora deverá incluir informação sobre a

Endereço:	Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro		
Bairro:	Asa Norte	CEP:	70.910-900
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)3107-1947	E-mail:	cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

possibilidade de fotos e filmagem do participante de pesquisa. Solicita-se adequação.

4.2. Solicita-se informar também a estimativa de tempo que o participante de pesquisa terá com o preenchimento do questionário online ou de forma presencial.

4.3. Na página 2 de 3, solicita-se mergir o primeiro e o segundo parágrafo, formando um só parágrafo.

4.4. Na página 2 de 3, primeiro parágrafo, solicita-se informar ao participante de pesquisa como esses dados se reverterão nos benefícios informados e como a pesquisadora pretende divulgar os resultados da pesquisa.

4.5. Considerando-se que o TCLE apresenta 3 páginas, recomenda-se a criação de campos para rubrica do pesquisador e participante de pesquisa nas páginas do TCLE.

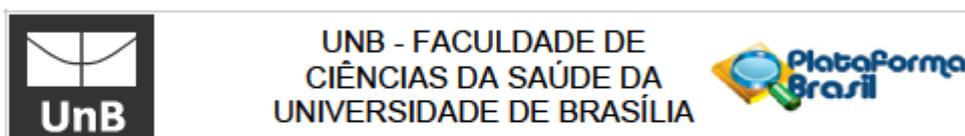
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se responder aos questionamentos do CEP, em carta resposta anexada na Plataforma Brasil, apontando onde se encontram as alterações. Informar modificação realizada, indicando parágrafo, página e documento, no qual encontram-se as alterações realizadas, seguindo a mesma numeração de pendências do parecer consubstanciado do CEP. Tal procedimento permite celeridade nas análises e emissão dos respectivos pareceres. Documentos devem ser disponibilizados em formato que possibilite o uso dos recursos "Copiar" e "Colar" em qualquer palavra ou trecho do texto (Norma Operacional CNS 001/2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100315.pdf	17/06/2018 22:35:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsabilidade_Compromisso_Projeto_Luziana_Maranhao_.docx	17/06/2018 22:33:46	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_encaminhamento_CEP_Projeto_Luziana_Maranhao.docx	17/06/2018 22:31:42	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Luziana_Maranhao_.pdf	17/06/2018 22:27:55	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito

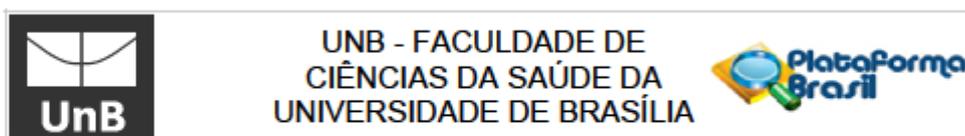
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@sunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Luziana_Maranhao_.docx	17/06/2018 22:23:51	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Orçamento	Planilha Orcamento_Luziana_Maranhao.doc	12/06/2018 02:08:05	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Cronograma	Cronograma_Luziana_Maranhao.docx	12/06/2018 02:05:23	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_do_doutorado_Luziana.docx	12/06/2018 02:00:31	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Outros	Curriculo_Miguel.pdf	12/06/2018 01:56:32	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Outros	Curriculo_Luziana_Maranhao.pdf	12/06/2018 01:53:14	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Orçamento	Planilha Orcamento_Luziana_Maranhao.pdf	12/06/2018 01:30:01	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_encaminhamento_Luziana_Maranhao.pdf	12/06/2018 01:24:11	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsabilidade_Luziana_Maranhao.pdf	12/06/2018 01:21:19	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_do_doutorado_Luziana_CEP_FS_UNB.pdf	12/06/2018 01:16:25	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Cronograma	Cronograma_Luziana_Maranhao.pdf	12/06/2018 01:12:04	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinatura_UNB_autora.pdf	12/06/2018 01:07:42	LUZIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.770.704

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinatura_UNB_autora.pdf	12/06/2018 01:07:42	MARANHÃO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_RENETO.pdf	08/05/2018 02:51:33	LUZIANA MARANHÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Julho de 2018

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com