



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Corrêa Figueiredo, Leandro; Martins Gratão, Aline Cristina; Fachin-Martins, Emerson

O novo código de ética para fisioterapeutas incorporou tendências da bioética?

Revista Bioética, vol. 24, núm. 2, 2016, pp. 315-321

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# O novo código de ética para fisioterapeutas incorporou tendências da bioética?

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

## Resumo

Considerando que avanços tecnológicos em saúde geralmente incorporam discussões bioéticas em textos que tratam do cuidado prestado por profissionais, surge a questão: o atual código de ética para fisioterapeutas incorporou essas discussões? Partindo desse ponto, objetivamos verificar a proporção das abordagens deontológicas e bioéticas no novo código de ética em comparação com sua versão anterior, investigando relações entre autonomia profissional e clientes no cuidado em saúde. Aplicaram-se métodos de análise de conteúdo em documentos escritos, a fim de verificar a proporção de conteúdos deontológicos e bioéticos no novo código. Os enfoques bioéticos formam a maior parte do conteúdo desse novo código (53%), principalmente em relação à categoria de justiça (21,9% do total das unidades textuais encontradas). As mudanças no documento revelam influência da bioética, mas não houve alterações significativas na relação entre autonomia profissional e clientes, o que mostra a necessidade de mais discussões sobre o assunto.

**Palavras-chave:** Assistência ao paciente. Ética profissional. Autonomia profissional. Autonomia pessoal. Fisioterapeutas.

## Resumen

### ¿El nuevo código de ética para los fisioterapeutas ha incorporado las tendencias de la bioética?

Los avances tecnológicos en salud incorporan debates bioéticos en textos relacionados con la atención recibida por los profesionales. ¿El actual código de ética para los fisioterapeutas incorporó estas discusiones? Ante esta pregunta, con el objetivo de comprobar proporciones de los enfoques deontológicos y bioéticos en el nuevo código de ética en comparación con su versión anterior, se han investigado las relaciones entre la autonomía profesional *versus* el cliente en el cuidado de la salud. Métodos de análisis de contenido se aplicaron en los documentos escritos con el fin de verificar la proporción de contenidos categorizados en deontológicos y bioéticos en el nuevo código. Los enfoques bioéticos forman la mayor parte de los contenidos de este nuevo código (53%), principalmente relacionados con la categoría de justicia que constituye el 21,9% de las unidades textuales encontradas. Los cambios en el documento actual revelan influencias bioéticas en el diseño del nuevo código de ética que todavía no cambió la relación de la autonomía profesional frente al cliente, dejando al descubierto la necesidad de nuevas discusiones sobre el tema.

**Palabras clave:** Atención al paciente. Ética profesional. Autonomía profesional. Autonomía personal. Fisioterapeutas.

## Abstract

### Has the new code of ethics for physiotherapists incorporated bioethical trends?

Advances in health technology incorporate bioethical discussions in texts that address professional care. Would the new code of ethics for physiotherapists have incorporated such discussions? Given the issue, we aimed to verify the ratio of deontological and bioethical approaches in the new code of ethics when compared to the old one, investigating relationships between professional and client autonomies in healthcare. Content analysis methods were applied to written documents in order to verify in what proportion deontological and bioethical approaches are present in the new code. The bioethical approaches compose the large part of the content in this new code (53%) specially related to the justice category which represents 21,9% of the total textual units found. Changes in the new document reveal bioethical influences in the conception of the new code, which still did not modify the relationship between professional and client autonomies, revealing the need for further discussions.

**Keywords:** Patient care. Ethics, professional. Professional autonomy. Personal autonomy. Physical therapists.

1. **Doutorando** |\_cofi@hotmail.com – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos/SP 2. **Doutora** aline-gratao@hotmail.com – UFSCar, São Carlos/SP 3. **Doutor** efmartins@unb.br – Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil.

## Correspondência

Emerson Fachin-Martins – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia (FCE), Universidade de Brasília. Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 CEP 72220-900. Brasília/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesses.

Códigos de ética profissional configuram-se como documentos cujo principal objetivo é regular as relações entre profissionais de uma mesma categoria, bem como a relação entre esses profissionais e a sociedade, na tentativa de solucionar conflitos éticos que surgem no exercício de suas práticas profissionais<sup>1-3</sup>. Esses conflitos são caracterizados por situações em que profissionais deparam com duas ou mais alternativas de conduta e buscam se embasar no conteúdo de seu código profissional para estabelecer julgamento moral que vai subsidiar a tomada de decisão em um contexto que envolve populações em situação de vulnerabilidade e dependência<sup>2-5</sup>.

Embora se espere que o embasamento subsidiado pelo código profissional seja capaz de solucionar a maioria dos conflitos éticos, estudos mostram que somente esse documento não é suficiente para nortear condutas éticas e morais, quer por falhas na educação profissional, quer por limitação no conteúdo desses documentos<sup>2,6</sup>. Na tentativa de suprir carências não abordadas pelo código, os profissionais de saúde começam a se apropriar de discussões do campo da bioética que refletem debates e preocupações com os modos de organização e os sentidos assumidos pelo cuidado a pessoas com deficiências<sup>7</sup>.

Citado pela primeira vez em 1927 por Fritz Jahr, o conceito de bioética tornou-se mais concreto com a publicação do livro "Bioética: ponte para o futuro", de Potter, em 1971<sup>8</sup>. Além do livro, as primeiras discussões explicitamente influenciadas pela bioética também foram apresentadas na forma de relatório pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais em 1978 e modificadas por Beauchamp e Childress em 1979<sup>3,8,9</sup>. O surgimento das questões impulsionadas pela bioética é posterior ou concomitante à concepção da maioria dos códigos para profissionais de saúde brasileiros em vigência; assim, mesmo que nesses documentos sejam encontrados fragmentos textuais que possam ser relacionados à bioética, não foram escritos e diretamente influenciados por essas discussões<sup>10-12</sup>.

A primeira publicação do código de ética profissional para fisioterapeutas é de 1978, em documento único que incluía também terapeutas ocupacionais. Desde então, passaram-se quase quarenta anos até a reformulação dos códigos de ética para esses profissionais, os quais foram apresentados em versões separadas em 2013<sup>13,14</sup>. Mesmo publicados anteriormente às discussões bioéticas, Figueiredo e colaboradores<sup>10</sup> mostraram que 45,6%

dos fragmentos textuais identificados na antiga versão do código de ética profissional dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais poderiam ser categorizados como de abordagem bioética. Esse estudo acrescentou ainda que na versão anterior predominavam concepções corporativistas e legalistas que priorizavam mais a autonomia do profissional que a do cliente<sup>10</sup>.

Como foi publicada nova versão do código de ética profissional para fisioterapeutas, este trabalho teve por objetivo verificar, na recente publicação do documento, a proporção das abordagens deontológicas e bioéticas, além de comparar as duas versões. O reconhecimento dessa proporção permite traçar perfil epistemológico que contribua para interpretações da visão de conduta e cuidado do fisioterapeuta, levando-se em conta adequações de forma e linguagem no código de ética profissional.

## Método

### *Bases teóricas e procedimentais de análise*

Foram utilizados métodos para análise de conteúdo de documentos escritos já propostos para o código de ética dos profissionais da saúde bucal<sup>15</sup> e reproduzidos na análise da versão antiga do código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais<sup>10</sup>. A análise de conteúdo seguiu a proposta de Bardin<sup>16</sup>, porém para fonte textual e com inclusão de análise da distribuição de frequência dos fragmentos textuais por categorias. Optou-se pela distribuição de frequência das unidades textuais por fragmentação do texto original e posterior categorização, uma vez que essa forma de processamento não é excludente ao método de análise de conteúdo<sup>17</sup>.

Em suas concepções de análise sobre conteúdo, Bardin afirma que, ao usar métodos quantitativos como técnica de análise qualitativa, a definição de estudo qualitativo não é contrariada filosófica e estruturalmente<sup>16</sup>. A autora descreve ainda que a análise de conteúdo é técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

### *Organização das unidades textuais por categorias e seu processamento*

Dividiu-se o texto da nova versão do código de ética para fisioterapeutas em unidades textuais correspondentes a parágrafos, frases ou palavras que expressam conteúdo com significado textual

passível de ser classificado em categorias. Conforme descrito<sup>10,15</sup>, unidades textuais podem ser classificadas em categorias ligadas aos princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), bem como a princípios deontológicos (virtude e técnica).

A decisão de incluir categorias de abordagem deontológica foi tomada levando-se em consideração que apenas categorias de principialismo bioético não seriam suficientes para qualificar fragmentos de textos desse tipo de documento. Conforme definido em estudos anteriores<sup>10,15</sup>, as categorias “virtude e técnica” permitem estabelecer melhor distinção entre unidades textuais com abordagem mais deontológica e aquelas com abordagem mais influenciada por discussões bioéticas.

A categoria “autonomia do principialismo bioético” foi dividida em duas subcategorias – (1) autonomia profissional e (2) autonomia do cliente –, uma vez que isso permitiria, dependendo de quem fosse o beneficiário da conduta moral, distinção do tipo de autonomia citado e revelaria qual prevalece no documento. Utilizou-se organização matricial do programa Excel para o cálculo da distribuição de frequência das unidades textuais identificadas e organizadas no documento por categorias.

Para cada uma das sete categorias previamente definidas (autonomia do profissional, autonomia do cliente, beneficência, não maleficência, justiça, virtude e técnica) existia uma coluna na planilha do Excel. Cada coluna foi composta de células justapostas que se formaram pelo cruzamento de cada linha dessa matriz, a qual, por sua vez, indicava em cada linha a página do documento de onde os fragmentos (unidades textuais) foram retirados. A partir dessa organização, foi possível incluir, a cada célula, o total de fragmentos identificados como unidades textuais por página.

Antes de inserir na célula a quantidade de unidades textuais identificadas a cada página (linha da matriz) e por categoria (coluna da matriz), as unidades textuais foram identificadas e destacadas por marcações feitas no texto impresso do documento. Uma vez inserida na planilha, a soma das unidades textuais por categoria foi automaticamente calculada por fórmula inserida na linha final para a última célula de todas as colunas. Essas somas foram utilizadas para elaborar os gráficos apresentados nesta pesquisa.

A proporção de unidades textuais por categorias observadas na nova versão do código profissional foi comparada à proporção esperada, tendo como base as proporções já publicadas sobre a análise da versão prévia do código de ética<sup>10</sup>. Discrepâncias entre proporções foram detectadas pelo teste qui-quadrado, que considerava significativas aquelas em que foi obtido  $p < 0,05$ .

## Resultados

A nova versão do código de ética apresentou quase o dobro de unidades textuais que a anterior; foram observadas 228 unidades textuais, acréscimo de 110. Na versão anterior, as categorias mais e menos prevalentes eram “virtude” (abordagem deontológica) e “beneficência” (abordagem bioética), respectivamente. Na nova versão, a categoria mais prevalente foi também “virtude”, e a menos prevalente passou a ser “autonomia do cliente” (abordagem bioética), conforme mostra a Tabela 1.

As unidades textuais categorizadas como de abordagem bioética (53%) predominaram na nova versão do código de ética profissional, representando pouco mais da metade das unidades textuais categorizadas (Figura 1). Estão destacados os valores das categorias com mais e menos unidades

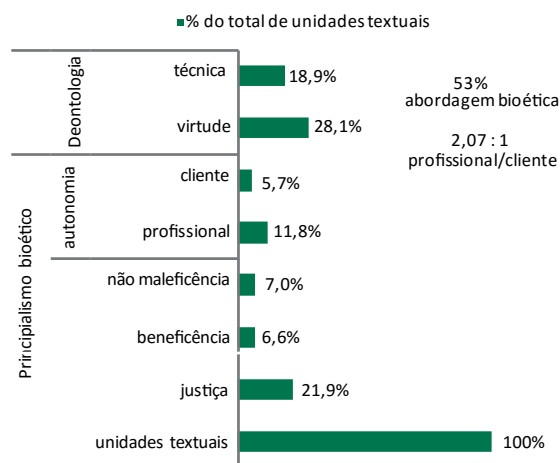
**Tabela 1.** Distribuição em valores absolutos de frequência de unidades textuais categorizadas por abordagem no documento novo e no anterior

Abordagem	Categorias por abordagem		Unidades textuais	
			Nova	Antiga
Principlismo bioético	Justiça		50	21
	Beneficência		15	4
	Não maleficência		16	10
	Autonomia	Profissional	27	13
		Cliente	13	6
Deontologia	Virtude		64	38
	Técnica		43	26
Total			228	118

textuais para cada uma das versões do código de ética profissional.

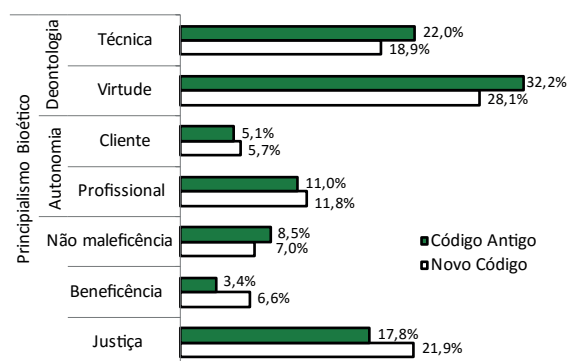
Com exceção da categoria “justiça” (21,9%), de abordagem bioética, as categorias predominantes foram “virtude” (28,1%) e “técnica” (18,9%), de abordagem deontológica. Na sequência decrescente de categorias de unidades textuais observam-se as demais de abordagem bioética: “autonomia do profissional” (11,8%), “não maleficência” (7%), “beneficência” (6,6%) e “autonomia do cliente” (5,7%). A Figura 1 mostra que existe proporção de cerca de duas unidades textuais de autonomia do profissional para uma de autonomia do cliente no novo Código.

**Figura 1.** Frequência das unidades textuais por categoria para a abordagem deontológica



A comparação entre a nova versão do código e a anterior (Figura 2) permite observar que antes predominava a abordagem deontológica (54,2%). Atualmente o foco passou a ser a abordagem bioética (53%), mesmo que a diferença seja pequena.

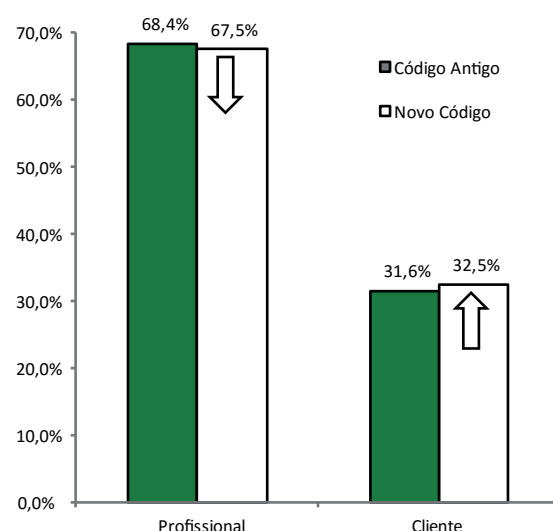
**Figura 2.** Comparação da distribuição de frequência das unidades textuais por categoria



A grande mudança observada refere-se à categoria “justiça”, bioética, que, no novo documento, superou a categoria “técnica”, de abordagem deontológica. Também se observou que a categoria “beneficência” contou com mais unidades textuais na nova versão do documento.

Em outra análise da relação entre “autonomia do profissional” e “autonomia do cliente” (Figura 3), verificou-se que a primeira ainda predomina, embora com queda de 0,9% na nova versão. Ressalte-se que o teste qui-quadrado detectou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) somente quando as demais categorias foram analisadas separadamente.

**Figura 3.** Comparação da proporção de unidades textuais categorizadas como autonomia do profissional ou do cliente nas versões antiga e nova do código de ética e deontologia da fisioterapia



## Discussão

Este estudo comparou duas versões do código de ética profissional do fisioterapeuta – concebidas antes<sup>13</sup> e depois<sup>14</sup> da consolidação da bioética como campo de estudo no Brasil – e analisou a inserção dessa linha de reflexão nas propostas de organização e no significado dos processos laborais assumidos no cuidado prestado pelo fisioterapeuta<sup>7</sup>.

Se a versão anterior do documento apresentava 34 artigos em sua composição, a nova versão passou a ser composta por 57 artigos, com aumento de 110 novas unidades textuais, ou seja, a nova versão do documento conta com mais proposições e conceitos da bioética. Considere-se, no entanto, que mesmo no documento anterior quase metade dos

fragmentos do texto pôde ser categorizada como de abordagem bioética<sup>10</sup>. Contudo, por causa do momento histórico em que o primeiro documento foi concebido, não se pode dizer que são conteúdos influenciados por discussões bioéticas, que só começaram a ser publicadas mais tarde.

Surpreendente foi observar que, quase quarenta anos depois, em nova versão do documento, unidades textuais que caracterizam virtude, definida neste estudo como abordagem deontológica, ainda predominassem no documento. Além disso, por mais que a nova versão do documento tenha apresentado predomínio de unidades textuais de abordagem bioética (Figura 1), o documento ainda tem 47% de unidades textuais de abordagem deontológica.

Esse fato poderia se justificar pela evidência de que a maior parte dos cursos de fisioterapia ainda tem matriz curricular voltada para questões éticas deontológicas e procedimentais, sugerindo carência de discussões bioéticas nessa graduação<sup>1,18</sup>. A carência não é exclusiva dos cursos de fisioterapia, segundo Siqueira-Batista e colaboradores<sup>19</sup>, que mostraram necessidade de se debater questões bioéticas na formação de diversos profissionais na área da saúde, principalmente nas relações entre ambiente de trabalho e usuários.

Outro ponto importante a ser considerado é que a maior parte dos cursos ainda é pautada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia, que orientam o tema “bioética” como apenas parte do conhecimento geral, e não específico do fisioterapeuta, diferentemente do que ocorre com “ética”<sup>1,18</sup>. Dessa forma, tal carência pode refletir a dificuldade dos profissionais em lidar com situações que envolvem conflitos bioéticos durante a atuação profissional, especialmente nas relações entre ambiente de trabalho e usuários; por exemplo, em situações, descritas por Siqueira e colaboradores<sup>19</sup>, que ocorrem com diversos profissionais na área da saúde inseridos no programa Estratégia Saúde da Família.

Embora a nova versão seja mais volumosa, em termos de proporção de conteúdos não foram observadas modificações significativas. Entretanto, as unidades textuais do novo documento, classificadas em categorias do principalismo bioético – em virtude do momento histórico em que a nova versão foi concebida –, sugerem influência de discussões bioéticas na temática da saúde e nas relações profissionais<sup>3-6,9,10,15,20-30</sup>.

Com relação à nova versão do código de ética profissional, talvez a principal influência bioética seja

nas unidades textuais relativas à “justiça”, que aparece como a segunda categoria com mais unidades textuais encontradas. Os fatores que podem ter aumentado unidades textuais na categoria “justiça” são os que envolvem questões sociais, como equidade no acesso, priorização de atendimento, entre outros muito presentes em nosso Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>.

Convém destacar que, diferentemente da primeira versão do código de ética e deontologia da fisioterapia (1978)<sup>13</sup>, a nova versão (2013)<sup>14</sup> é posterior à definição de saúde como direito de cidadania, instituída pela Constituição de 1988<sup>31</sup> e pela Lei Orgânica da Saúde (8.080), de 19 de setembro de 1990<sup>32</sup>. Nesse novo contexto histórico, a versão atual do código poderia ter incorporado discussões sobre valores dos ideais do novo sistema de saúde, considerando principalmente as noções de “equidade” e “universalidade” no acesso. Ao descrever o surgimento da bioética brasileira no marco da saúde pública, Porto e Garrafa<sup>33</sup> destacam que o fortalecimento do ideal contra-hegemônico na saúde culminou na reforma sanitária brasileira e resultou em importantes movimentos de trabalhadores de saúde por todo o país. O destaque dos autores reforça a hipótese de incorporação, no código de ética, das discussões sobre equidade no acesso e de outras diretrizes do SUS.

A “beneficência”, ainda que tenha aparecido poucas vezes também na nova versão, deixou de ser a unidade textual menos observada, sugerindo melhor relação entre terapeuta e paciente, amadurecida por diversas discussões bioéticas<sup>22,27,29,30</sup>. Soma-se ao amadurecimento das discussões a consolidação da profissão de fisioterapeuta. Desde a regulamentação, o que era procedimento – terapia física – configurou-se na sociedade como categoria profissional, que, nos últimos anos, assume *status* de ciência (conhecimento fisioterapêutico).

Essas etapas do processo de aperfeiçoamento da fisioterapia (procedimento, profissão e ciência) mostram que hoje a fisioterapia não é só técnica, mas inclui reflexões em diversos campos de conhecimento, o que gera crescente contingente de fisioterapeutas. Estes, por sua vez, cada vez mais se titulam mestres e doutores, assumindo posições de destaque no ensino e pesquisa no Brasil<sup>34</sup>, o que certamente tem contribuído para o reconhecimento da área.

Outro aspecto importante já observado na versão anterior do código<sup>14</sup>, e que reaparece na nova, é a razão de unidades textuais que revelam autonomia do profissional em relação à autonomia do cliente. Embora se tenha notado na nova versão



pequena variação (0,9%), ainda assim o código de ética profissional para fisioterapeutas destaca a autonomia do profissional. Isso pode desencadear o chamado “paternalismo”, que representa a figura do profissional de saúde como detentor do direito de escolha<sup>9,15</sup>, e deve ser deixado de lado com o aprimoramento das reflexões bioéticas, colocando a autonomia como escolha do que é melhor para o cliente a partir de reflexões entre as partes.

Isso significa que o profissional pode ser detentor da escolha desde que o cliente seja completamente esclarecido sobre as questões em discussão e dê ao profissional esse direito; caso contrário, deve prevalecer a autonomia do cliente. A autonomia deve ser permanentemente discutida na formação inicial do fisioterapeuta, já que os resultados do estudo de Alves e colaboradores<sup>1</sup>, de 2008, apontaram que metade dos alunos de graduação em fisioterapia de duas universidades não soube responder se é preciso respeitar a autonomia do cliente.

Como observado, o método para se identificar a proporção de enfoques deontológicos e bioéticos, inicialmente proposto por Pyrrho e colaboradores<sup>15</sup>, é bastante adequado para reflexões sobre códigos de ética profissional. Na comparação das proporções observadas nos estudos do antigo<sup>13</sup> e do novo código profissional para fisioterapeutas<sup>14</sup>, nota-se claramente equivalência de proporções, embora predominem na versão atual enfoques bioéticos.

A presença dos enfoques deontológicos em quase metade do conteúdo analisado permite concluir que, embora os códigos deontológicos não bastem para assegurar a ética profissional, não são dispensáveis a ponto de serem substituídos completamente por discussões bioéticas, que, em última instância, deveriam restringir-se à consciência ética dos envolvidos. Ainda que seja notória e reconhecida a importância da bioética para o aprimoramento da sociedade e das práticas em saúde, há de se reconhecer que a deontologia tem importância na circunscrição da atividade profissional, estabelecendo direitos e deveres na relação do profissional com seu paciente.

### Considerações finais

Apesar de quase metade do conteúdo da nova versão do código de ética profissional para fisioterapeutas ser constituído de conceitos deontológicos, conclui-se que as reflexões bioéticas estão presentes e passaram a predominar, ficando mais próximo das questões de caráter humanista. Acreditamos que uma intensificação das discussões bioéticas na formação inicial dos fisioterapeutas, bem como das atuais lideranças sindicalistas e de conselhos de classes, poderia contribuir para maior incorporação das discussões bioéticas na atividade do fisioterapeuta.

*Fonte de financiamento: Universidade de Brasília.*

### Referências

1. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida M. O preparo bioético na graduação de fisioterapia. *Fisioter Pesqui.* 2008;15(2):149-56.
2. Alves FJS, Lisboa NP, Weffort EFJ, Antunes MTP. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. *Rev Contab Financ.* 2007;18(43):58-68.
3. Leão HMC. A importância das teorias éticas na prática da bioética. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010;10(2):427-32.
4. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006;20(4):285-9.
5. Renner A, Goldim J, Prati F. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2002;6(3):135-8.
6. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A formação ética do fisioterapeuta. *Fisioter Mov.* 2007;20(3):101-5.
7. Ramos FRS, Nitschke RG, Borges LM. A bioética nas contingências do tempo presente: a crítica como destino? *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(4):788-96.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica.* São Paulo: Loyola; 2002.
9. Antonio EMR, Fontes TMP. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(5):355-60.
10. Figueiredo LC, Gratão ACM, Martins EF. Code of ethics for physical and occupational therapists reveals contents related to professional autonomy. *Fisioter Pesqui.* 2013;20(4):394-400.
11. Gomes AMA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(2):56-65.
12. Hossne WS. Bioética-sociobiologia: neologismos oportunos? *Interface da tecnociência com as ciências humanas e sociais.* Interface. 2013;17(45):453-62.

13. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito nº 10, de 3 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 22 set 1978 [acesso 3 jun 2016]. Seção I. Disponível: <http://bit.ly/1VHRK5U>
14. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; ago 2013 [acesso 3 jun 2016]. Seção I. Disponível: <http://bit.ly/1OKxCOQ>
15. Pyrrho M, Prado MM, Córdón J, Garrafa V. Análise bioética do código de ética odontológica brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1911-8.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 225.
17. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4.
18. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia. [Internet]. 2002 [acesso 3 jun 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1tcaHmh>
19. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al*. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc*. 2015;24(1):113-28.
20. Anjos MF, Siqueira JE. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. São Paulo: Ideias e Letras; 2007. p. 13-28.
21. Badaró AFV, Guilhem D. Bioética e pesquisa na fisioterapia: aproximação e vínculos. *Fisioter Pesqui*. 2008;15(4):402-7.
22. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU; 1998.
23. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Bras Bioética*. 2005;1(2):122-32.
24. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais. *Mundo Saúde*. 2006;30(4):673-6.
25. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1627-36.
26. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(2):241-7.
27. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual código de ética médica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2010;18(2):439-50.
28. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 12 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
29. Souza MTM. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética*. 2003;11(1):83-100.
30. Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*. 2007;11(21):65-78.
31. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988. Seção 1.
32. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990.
33. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):719-29.
34. Cavalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter Mov*. 2011;24(3):513-22.

#### Participação dos autores

Leandro Corrêa Figueiredo participou da fundamentação teórica da pesquisa, bem como da elaboração metodológica e análise final dos resultados. Aline Cristina Martins Gratão participou da leitura e extração de fragmentos textuais e da classificação das unidades textuais. Emerson Fachin-Martins foi o mentor da proposta, orientando o autor principal na elaboração do projeto de pesquisa e análise final dos resultados; também participou da revisão final do texto.

Recebido: 21.1.2016

Revisado: 27.5.2016

Aprovado: 3.6.2016

