

Revisão

Reflexões bioéticas em fisioterapia sobre a pessoa com deficiência

Physical therapy bioethical reflections on disabled persons

Rita Aparecida Bettini-Pereira, Ft., M.Sc.*, Silvana Maria Blascovi-Assis, Ft., D.Sc.**

.....
**Doutoranda em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie,*

***Docente do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie/SP*

Resumo

Introdução: A História da Fisioterapia é pautada em definição de conceitos, delimitação de objetivos, campo de estudo e prática profissional. Entretanto, poucos estudos dirigidos às preocupações e reflexões éticas são encontrados nas publicações científicas da área. *Objetivo:* Realizar estudo crítico-reflexivo a partir de uma busca em periódicos e livros sobre a Fisioterapia, as pessoas com deficiência e a bioética. *Métodos:* Estudo de abordagem crítico-reflexiva, por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados Bireme, Scielo, OMS, Portal de saúde do Ministério da Saúde, Portal Capes de artigos e livros. *Resultados e discussão:* O modelo principialista é o mais conhecido, porém contém algumas restrições quando aplicado às pessoas com deficiência, de forma isolada. Em situações conflitivas, sua aplicação pode ser considerada parcial ou deficitária. *Conclusão:* A pessoa com deficiência é mais do que um diagnóstico médico ou fisioterápico. Merece respeito como ser humano, já que experiencia o mundo também pelo corpo, tanto com as limitações pertinentes ao quadro como aquelas impostas pela sociedade. Só assim poderemos assegurar que a pessoa com deficiência se torne efetivamente o sujeito e não simplesmente o objeto, seja da pesquisa ou da intervenção fisioterápica.

Palavras-chave: ética, bioética, pessoas com deficiência, fisioterapia.

Abstract

Introduction: The History of Physical Therapy is guided by the definition of concepts, definition of objectives, field of study and professional practice. However, few studies that have addressed the concerns and ethical reflections are found in scientific publications in the area. *Objective:* To conduct a critical reflection study using journals and books on physical therapy, people with disabilities and bioethics. *Methods:* This study with critical reflection approach used a literature review in the following databases: Bireme, Scielo, WHO, Health Portal of the Ministry of Health, Portal Capes of articles and books. *Results and discussion:* The principialist model is best known, however there are some restrictions when applied to people with disabilities, in isolation. In conflict situations, its application can be considered partially or deficit. *Conclusion:* The disabled person is more than a medical diagnosis or physical therapy. Deserves respect as a human being, as he experiences the world also by the body, either with the limitations pertaining to the disease or those imposed by society. That is the only way we can assure that the disabled person becomes effectively the subject and not simply the object, whether research or physical therapy intervention.

Key-words: ethics, bioethics, disabled persons, physical therapy.

Introdução

Quando se observa a História da Fisioterapia, é possível identificar as alterações que se fizeram presentes ao longo do tempo, seja com relação aos objetivos de seu trabalho, como nos campos de estudo e prática profissional [1,2]. No início, o objetivo era o de auxiliar o trabalho do médico, com área de atuação restrita à medicina física e reabilitação, seguindo as orientações médicas, passando a ser considerada uma área independente em meados do século XX [3].

No Brasil, com relação à especificidade profissional, o fisioterapeuta é descrito como:

[...] “um profissional da área da saúde, de nível superior, que tem por atividade privativa executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” [4].

De acordo com Bispo Junior [5], isto pode demonstrar um enfoque terapêutico baseado em métodos e técnicas, em detrimento das análises e produção de novos saberes.

Diante do termo “técnico”, inicialmente seria possível a limitação a uma atribuição simplesmente tecnicista à atuação do fisioterapeuta, restrita apenas ao ato de seguir protocolos previamente estabelecidos, isentando-o de certa forma de sua responsabilidade pelo estudo e desenvolvimento científico da profissão [1].

Para se ter um atendimento terapêutico adequado, o domínio técnico e o aprimoramento profissional devem estar associados a uma interação entre terapeuta-paciente. As habilidades tecnicistas são importantes, assim como a capacidade de comunicar-se e a proximidade com o paciente [6].

Historicamente observa-se que o ser humano vem sofrendo alterações constantes com relação à forma pela qual é avaliado pela ciência médica. Com o surgimento da anatomia moderna no final do século XVI, o corpo humano passou a ser visto como um conjunto de formas e descrições minuciosas, favorecidas pela dissecação de cadáveres [7]. A partir do século XVII as ciências biológicas foram norteadas pela visão ditada pelo Renascimento e pelo dualismo cartesiano. Desta forma, a visão racional e objetiva (cartesiana) que influenciou este período promoveu a cisão entre a medicina que cuidava do doente daquela que focava e tratava a doença. O modelo biomédico pode ser definido, de forma bem objetiva, como uma forma expressiva deste período [8].

Pelo modelo biomédico, o corpo humano é uma máquina, que funciona de acordo com seus mecanismos biológicos, norteados por princípios físico-químicos, cujas características subjetivas e sociais não são consideradas. As doenças seriam, portanto, por este modelo, como uma falha nos mecanismos regulatórios deste corpo, por invasão de algum agente biológico, químico ou físico [9]. A Fisioterapia tem uma estreita relação com o modelo médico/biomédico.

A profissão teve seu início durante a 1ª Guerra Mundial e era realizada pelas mulheres, então incumbidas de cuidar dos feridos de guerra. Em 1920, foi criada a American Physiotherapy Association (APA), que estabeleceu o Código de Ética e Disciplina [10]. Para que a prática terapêutica pudesse ter uma continuidade, a APA, que atualmente é denominada American Physical Therapy Association (APTA), entre 1930 e 1940, estabeleceu um diálogo dinâmico com os médicos associados da American Medical Association – AMA. Até então, o fisioterapeuta necessitava de supervisão médica, já que era considerado tecnólogo [11]. Baseado no modelo médico e buscando norteamo de princípios profissionais, foi estabelecido em 1935 o Código de Ética do Fisioterapeuta [10]. A base da profissão está, portanto, vinculada ao modelo biomédico, porém não se pode dar à Fisioterapia a atribuição de apenas atenuar ou reabilitar lesões físicas [12]. O conhecimento de regras ou procedimentos sobre determinado assunto, não implica necessariamente, que os princípios éticos/bioéticos, assim como as questões morais inerentes a esta conduta atuem de forma efetiva.

Na literatura podemos encontrar variadas definições sobre o termo “ética” e o mesmo é utilizado em vários setores da vida, como em congressos, comissões e revistas científicas, assim como política, mídia entre outros segmentos, num contexto aparente de respeitabilidade [13].

Para Figueira [14] ética é um conjunto de normas que regulamentam o comportamento de um grupo particular ou profissional, diferenciando-se da moral por representar a cultura de uma nação, uma religião ou época. De acordo com Feijoo [15], é o direcionamento de como devemos proceder diante de uma dada situação. O que se deve fazer está relacionado ao que se pode fazer, sendo, desta forma, um espaço de liberdade. A ética também pode ser definida como uma reflexão sobre os costumes, considerando-se os valores comuns da moral vigente. Suscita o motivo porque devemos fazer algo [16]. É um termo genérico, utilizado para se designar as diversas maneiras de entender e avaliar a vida moral [17]. A moral, por sua vez, consiste num conjunto de normas, valores e princípios específicos de uma dada cultura, cuja função é orientar o comportamento social, questionando basicamente o que devemos fazer [16].

O termo bioética é atribuído ao oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter que a utilizou pela primeira vez em seu livro *Bioethics: bridge to the future*, com o objetivo de produzir uma disciplina que associasse o conhecimento biológico (bio) com o sistema de valores humanos (ética) [18]. Esta ética estaria aplicada às situações cotidianas e seria importante para assegurar o respeito aos valores humanos. A bioética se relaciona à ciência que problematiza temas da vida humana e estuda o cuidado pela vida [19,20].

Childress e Beauchamp [18] propuseram um referencial teórico a respeito de uma abordagem teórica na bioética, chamada de principialismo ou bioética principialista. Os itens propostos buscam reunir os quatro princípios universais,

norteadores da discussão de dilemas éticos que são: autonomia (cada pessoa tem o direito de governar a si próprio e tomar suas decisões), beneficência (fazer o bem), não-maleficência (não lesar intencionalmente) e justiça (princípio da equidade, onde todos devem ser tratados de modo igual e os desiguais de modo desigual). Estes quatro princípios compõem o chamado modelo bioético principialista, que segundo Diniz e Guilhem [21] e França *et al.* [22], é o mais conhecido quando se avalia bioética em procedimentos e pesquisa em saúde, por ter grande aplicação na prática clínica.

Neste trabalho adotaremos o termo bioética, por acreditarmos estar mais coerente com a temática reflexiva sobre a pessoa com deficiência. As reflexões serão feitas à luz do modelo principialista, foco deste estudo.

O objetivo do estudo foi refletir sobre a atuação do fisioterapeuta junto às pessoas com deficiência, a partir de uma base bioética principialista, por meio de um estudo crítico-reflexivo pautado na busca em periódicos e livros.

Material e métodos

Este trabalho trata-se de estudo crítico-reflexivo. Foi realizada busca em periódicos nacionais e estrangeiros entre março e agosto de 2013, indexados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scielo, sites da OMS, no Portal da Saúde do Ministério da Saúde, Capes e livros. Os descritores utilizados foram: “ética”, “bioética”, “pessoas com deficiência”, “fisioterapia”. Visando ampliar a busca em periódicos internacionais foram utilizados também os respectivos descritores em inglês, que são “ethics”, “bioethics”, “disabled persons”, “physical therapy”. Na busca foram selecionados 17 artigos, 14 livros, 03 dissertações de mestrado, 01 de doutorado, além de sites de consulta a decretos e normativas institucionais, considerados aptos para servirem de embasamento teórico para a reflexão proposta pelo estudo em questão.

A seleção dos artigos para o estudo foi feita pela leitura prévia dos resumos, com posterior leitura completa dos mesmos. O procedimento foi o mesmo para os livros.

Resultados e discussão

Historicamente observa-se a preocupação com o termo “ética” em pesquisas científicas. O Código de Nuremberg, em 1947, foi a primeira tentativa de normatização das pesquisas com seres humanos. Como não surtiu um efeito efetivo, foi elaborada a Declaração de Helsinque pela Assembleia Médica Mundial (AMM), que estabeleceu em 1964 as normativas para as pesquisas tanto clínicas como não clínicas e em 1991 as Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética dos Estudos Epidemiológicos [12].

Com o objetivo de padronizar as normas e métodos nas pesquisas com seres humanos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) baseado no modelo médico, criou em 1996 a Resolução 196. Esse enfoque no modelo médico acabou por

limitar a sua aplicação nas investigações realizadas no campo das Ciências Humanas [23].

A Resolução 196/96 define a pesquisa como toda investigação que inclua o ser humano, direta ou indiretamente, de forma parcial ou total, incluindo o manuseio de materiais e informações pertinentes. As pessoas que não tem condições de tomar decisões por si próprias podem participar da pesquisa, desde que sejam representadas por seus responsáveis legais. Podem incluir-se aqui os portadores de problemas mentais, presidiários, gestantes, idosos, indivíduos hospitalizados, estudantes, militares, fetos, recém-nascidos e adolescentes. As crianças possuem uma vulnerabilidade psicológica própria, por isso as pesquisas realizadas com elas englobam questões éticas específicas e que devem ser respeitadas [24].

Observa-se na Fisioterapia uma ascendência profissional, sendo hoje uma profissão autônoma, que não mais se restringe a auxiliar os médicos, mas participa de várias áreas do conhecimento e níveis de atenção à saúde [25]. Este crescimento se deu com relação à área de atuação profissional e exigiu o aprimoramento do fisioterapeuta de forma mais efetiva assim como a ampliação de suas áreas de atuação e o interesse por estudos científicos. Mesmo com mais de 40 anos de regulamentação, a Fisioterapia pode ser considerada uma profissão jovem, se comparada com outras da saúde. Isso se estende também em relação à pesquisa científica.

No levantamento feito por Virtuoso [26] sobre as áreas de maior concentração de pesquisas em Fisioterapia no período compreendido entre 1996 e 2009, foi observada que a área da Ortopedia é predominante nos estudos. As demais áreas de concentração de estudos e atuação são Reumatologia, Cardiologia, Pneumologia e Neuropediatria [27,28]. Em Saúde Coletiva, existe uma escassez de trabalhos acadêmicos [26]. Os temas sobre Ética e Bioética são mais restritos ainda nas publicações da área.

Uma das características da atuação do fisioterapeuta é a proximidade física e pessoal com o paciente [29]. Mesmo atuando desta forma e lidando diariamente com dilemas éticos, os fisioterapeutas ainda têm insuficiente conhecimento sobre as questões éticas e bioéticas [30].

Os dilemas éticos se configuram quando um profissional de saúde se depara com duas possibilidades de condução do caso, com justificativas técnicas, questionamento moral e social [31]. Esse tipo de conduta, que envolve a tomada de decisão, faz parte da rotina do fisioterapeuta e merece atenção e reflexão crítica, especialmente quando se trata da relação terapêutica estabelecida com populações vulneráveis.

A pessoa com deficiência

O Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que no Brasil 24% ou seja, 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência [32].

Podemos abordar a deficiência sob dois modelos: o médico e o social. No modelo médico a deficiência é considerada a

partir de sua condição biológica de comprometimento, estando relacionada diretamente a uma doença, condição de saúde ou lesão e, por conseguinte, necessitando de intervenções de profissionais para sanar ou minimizar o problema em si [33].

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, art. 3º, exemplifica este modelo de conceituação sob o modelo médico:

[...] como toda perda ou anormalidade de ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano [34].

No modelo social a deficiência seria um resultado de barreiras físicas e organizacionais, assim como nas atitudes presentes na sociedade e não uma responsabilidade individual ou uma inerente consequência de suas limitações [35].

Com relação à conceituação da deficiência, de acordo com Amiraliam [36], em 1976, na Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), visando organizar os tipos e níveis funcionais e de deficiência associado às condições de saúde.

Como uma proposta de uma atualização da CIDID, em 2001, a OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), visando fornecer uma perspectiva mais abrangente e padronizar a terminologia sobre a deficiência. A CIF também definiu deficiência como um problema de relações sociais e não somente questões médicas, mas derivadas da interação entre as condições morais, culturais e socioeconômicas com o aspecto biomédico [37].

Com o advento da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) foi promulgado no Brasil, o Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Com a aprovação da convenção, a deficiência passou a ser definida como:

[...] a condição onde a pessoa: têm impedimentos de longo prazo de natureza física mental, intelectual ou sensorial, os quais, interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas [38].

O termo pessoa com deficiência foi indicado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 [39]. No Brasil, já encontramos uma legislação voltada especificamente a estas pessoas [40]. As terminologias e conceitos utilizados para se conceituar a deficiência colaboram na elaboração de políticas públicas para este setor. Importante salientar que a legislação brasileira baseia-se no modelo médico, relacionando-se a um diagnóstico definido por profissionais de saúde, em especial por médicos [41].

Fisioterapia, Bioética e a pessoa com deficiência

As profissões possuem, junto aos seus conselhos regionais, os Códigos de Ética, que norteiam a atuação de cada profissional. Na Fisioterapia o mesmo foi aprovado pela Resolução COFFITO -10, de 03 de Julho de 1978. O capítulo II do Código de Ética, referente ao exercício profissional, artigo 7º, item II, descreve que o fisioterapeuta deve utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio [42]. Do aprimoramento profissional do fisioterapeuta decorre o aumento das responsabilidades, especialmente no cuidar do paciente. O profissional deve ter uma formação mais ampla, crítica, humanista e ética [43].

A conduta ética, entretanto não pode ser observada apenas como uma compilação de regras, princípios e leis, relacionando-se à motivação interna do indivíduo, responsável por conduzir às suas decisões [44].

As transformações científicas e tecnológicas, apesar de terem sido importantes no processo de evolução do Homem, passaram a ameaçar, de certa forma, a dignidade das pessoas. A bioética surge de forma a orientar os pesquisadores e a sociedade com relação às pesquisas envolvendo seres humanos, procurando estabelecer limites as mesmas [45].

Como o fisioterapeuta pode orientar seus atendimentos ou mesmo realizar pesquisas de área, sob um pressuposto ético / bioético? O conhecimento das bases bioéticas pode auxiliar no direcionamento para responder a estas questões e outras que puderem ser desdobradas, mediante as reflexões teórico-práticas inerentes ao cotidiano profissional.

O modelo bioético principialista surgiu da necessidade de se controlar socialmente as pesquisas envolvendo seres humanos. Foram criadas normas de conduta na tentativa de se regular os atos e procedimentos presentes em situações, nas quais a tomada de decisões se fizesse necessária, no âmbito das ciências biomédicas. Este modelo foi conhecido por muitos anos, pela sua característica normativa, prática e produtiva [46]. E até hoje, se constitui como a principal referência quando procedimentos bioéticos são relevantes numa dada pesquisa ou prática clínica. Desta forma, o principialismo ainda é a principal vertente quando se avalia bioética em procedimentos clínicos e pesquisa em saúde [22].

A bioética tem uma importância significativa no cenário mundial, já que mediante os avanços científicos, vivemos num universo de questionamentos relacionados aos relacionamentos interpessoais e as ações do Homem sobre a natureza. Os profissionais de saúde têm pouco conhecimento sobre princípios bioéticos, baseando-se na maioria das vezes ao estudo e à prática das orientações presentes nos códigos de classe [47]. Os fisioterapeutas podem ser incluídos nesta condição.

Exatamente por basear-se, muitas vezes, unicamente no Código de Ética Profissional para direcionamento de suas atitudes frente às situações cotidianas, o fisioterapeuta está

sujeito a deparar-se com dilemas profissionais, que podem ser compreendidos à luz da bioética.

O fisioterapeuta tem uma relação muito próxima com o seu paciente, não somente pelo toque físico, mas também pela frequência semanal com que interage com ele. Além disso, o tratamento muitas vezes é embasado em 10 sessões ou mais, propiciando maior comunicação/interação, podendo promover um envolvimento do fisioterapeuta com as questões pessoais do paciente. A observância das questões éticas, neste caso, é preponderante, a fim de conduzi-lo a chamada boa prática [29].

Dentro da prática fisioterápica, a Neurologia aparece como uma de suas especialidades. Para Othero e Ayres [48] a temática sobre pessoas com deficiência é relevante também para o campo da Saúde Coletiva. A reabilitação está intimamente relacionada à Fisioterapia, que por sua vez interage de forma muito participativa com as questões da deficiência.

No Brasil, a caracterização e o diagnóstico da deficiência são embasados no modelo médico [41]. A medicina e a reabilitação, áreas nas quais a fisioterapia está inserida, visam principalmente à normalização da pessoa com deficiência. Quaisquer possíveis incômodos causados pelos tratamentos cirúrgicos ou mesmo fisioterápicos podem ser justificados pela tentativa de se fazer com que a pessoa com deficiência retorne o mais próximo possível do conceito de normalidade [35].

Os processos de reabilitação fisioterápica em Neurologia podem fomentar os questionamentos sobre as questões éticas ligadas à deficiência.

O que é um atendimento ético na reabilitação? No que verdadeiramente se baseia a reabilitação?

Questões desta natureza podem conduzir a discussão sobre qual é a forma mais adequada de se proceder quando se trata alguém que necessita dos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assim como outros tipos de terapia que possam trazer benefícios à pessoa que apresenta, temporária ou permanentemente, uma incapacidade, desvantagem ou deficiência [36].

A Fisioterapia historicamente, por sua origem tecnicista, baseada no modelo biomédico, não tem como característica a ênfase nas áreas ligadas à Sociologia ou mesmo a Filosofia. Sua prática costuma estar embasada numa aplicabilidade imediatista. A praticidade e a tomada de decisões são conceitos bem mais próximos da dinâmica de atendimento do fisioterapeuta, norteados muitas vezes, a maioria de seus procedimentos. Porém, é pouco comum este profissional estabelecer sua conduta ética / bioética, baseado em reflexões acerca de sua conduta prática e normativa. Mesmo aquelas estabelecidas por seus respectivos órgãos de classe profissional.

De acordo com Clouser e Gelber [49], não seria possível solucionar problemas éticos utilizando-se de princípios gerais e abstratos, como os preconizados pelo modelo principialista, já os mesmo não seriam capazes de fundamentar uma teoria moral com resultados objetivos e práticos. Esses mesmos autores advertem que os quatro princípios auxiliariam com relação aos valores morais, mas numa situação de conflito,

não conseguiriam atender a uma justificativa básica moral, impossibilitando uma conexão entre princípios e regras. Ou seja, numa situação conflitiva, os quatro princípios poderiam entrar em competição entre si, impossibilitando uma moderação teórica e efetiva.

Assim sendo, a ausência de subordinação ou vínculo entre os princípios faz com que muitas vezes não possam ser utilizados em conjunto ou de modo separado, dependendo da tomada de decisão que se fizer necessário e for adequada a cada situação, dando uma possível conotação casuística, especialmente em bioética clínica [21]. Logo, a aplicação destes princípios em Fisioterapia deve ser feita com parcimônia, sempre numa visão sistêmica do caso.

Quando feita de forma puramente isolada, poderão influenciar a vida das pessoas com deficiência de uma forma incompleta, não garantindo o direito à liberdade de expressão e ação destas pessoas [46].

O cotidiano e a práxis junto às pessoas com deficiência são diferenciados e dinâmicos entre si, envolvendo fatores que vão desde o âmbito biológico até o psicossocial, ou seja, o contexto em que estão inseridos.

A bioética pode figurar como um instrumento que visa fomentar a reflexão ética, ampliando e favorecendo a discussão sobre assuntos controversos de forma multifacetada [50].

Conclusão

A pessoa com deficiência, independente da condição clínica que apresente, é um ser humano e deve ser respeitado como tal. Mais do que a certeza de que normas e regras serão seguidas, o respeito pelas diferenças é algo que deve ser fomentado e disseminado, principalmente entre os profissionais de saúde que prestam algum tipo de atendimento a estas pessoas.

Sempre importante lembrar que a pessoa com deficiência é antes de tudo o sujeito e não o objeto, seja da pesquisa ou do atendimento terapêutico propriamente dito. Daí a importância de não se resumir a atuação do fisioterapeuta apenas à função da reabilitação física. A pessoa com deficiência não é um doente, mas sim um ser com características individuais, digno de respeito e assistência. Assistência essa, que vai além do respaldo meramente técnico, mas também humanista e científico, em que a discriminação não pode ser fundamentada numa herança genética ou fatalidade, mas sim, na identificação do indivíduo como único.

Qualquer atuação do fisioterapeuta deve ser mediada por uma intervenção baseada na integridade e centralidade do ser, que transcende o “eu” físico e se configura como um procedimento que busca a integralidade. O modelo biomédico figura, na maioria das vezes, como base teórica, mas não deve ser o único elemento norteador do processo de reabilitação em Fisioterapia.

As dificuldades físicas e pessoais são secundárias neste processo, já que interagimos em nosso cotidiano não com a dificuldade em si, mas com a pessoa.

Colocar a condição de ser humano como básica é, portanto, necessária para estabelecer o respeito e a dignidade da pessoa com deficiência, sempre e em qualquer situação.

A Fisioterapia pode se beneficiar destas reflexões éticas em bioética, de forma a aprimorar e expandir seus limites em termos de abordagem, tanto profissionais quanto pessoais. Isto poderá trazer um engrandecimento em seu trabalho e em seu papel na construção de uma sociedade mais justa e equitativa, onde todos tenham direito a um atendimento eficiente e digno.

Referencias

1. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999. p 47.
2. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:1535-46.
3. Teixeira BC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [Dissertação]. Curitiba: Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná; 2004. 145 p.
4. Coffito-10. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional aprovado pela resolução Coffito-10, de 3 de julho de 1978.
5. Bispo JR. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(Supl1):1627-36.
6. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patient's perspective. *Aust J Physiother* 2003;49:195-202.
7. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
8. Okay Y. Atenção global à criança e modelo biomédico. *Pediatria (São Paulo)* 1984;8:72-5.
9. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. A patologização do sedentarismo. *Saúde e Soc São Paulo* 2012;21(4):836-47.
10. Linker B. The business of ethics: gender, medicine, and the professional codification of the American Physiotherapy Association, 1918-1935. *J Hist Med Allied Sci* 2005;60(3):320-54.
11. Apta-American Physical Therapy Association. [citado 2006 Nov 27]. Disponível em URL: <http://www.apta.org>.
12. Gava MV. Fisioterapia: História, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: UMESP; 2009.
13. La taille Y, Souza LS, Vizoli L. Ética e Educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003. *Educação e Pesquisa* 2004;30(1):91-108.
14. Figueira EJG, Cazzo E, Tuma P, Filho CRS, Conterno LO. Apreensão de tópicos em ética médica no ensino – aprendizagem de pequenos grupos. Comparando a aprendizagem baseada em problemas com modelo tradicional. *Revista Associação Médica Brasileira* 2004;50(2):133-141.
15. Feijoo AMC. A Vivência da ética numa dialética de paixão e razão. In: Angerami-Camon VA, ed. *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira; 1997. p 9-30.
16. Cortina A, Martinez E. *Ética*. São Paulo: Loyola; 2005.
17. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971; p. 2.
18. Beauchamps TL, Childress JF. *Princípios da Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
19. Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C. (orgs) *Bioética*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. p.27-34.
20. Pessini L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: Freitas EV, Py L, Cançado FLX, Doll J, Gorzoni ML, eds. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2006. p 154-63.
21. Diniz D, Guilhem D. O que é Bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002. p. 11-62.
22. França ISX, Coura AS, França EG, Costa GMC, Sousa FS. Aplicação da bioética principialista às políticas públicas para pessoas com deficiência: revisão sistemática. *Online Brazilian Journal Nursing* 2010;9(1).
23. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007. 96 p.
24. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [citado 2013 Ago 13]. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
25. Barros FBM. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. *FisioBrasil* 2003;59(20-31).
26. Virtuoso JF, Hauptenthal A, Pereira ND, Martins CP, Knabben RJ, Andrade A. A produção de conhecimento em fisioterapia: análise de periódicos nacionais (1996 a 2009). *Fisioter Mov* 2011;24(1):173-80.
27. Nicida DP. A interdisciplinaridade como um caminho para a formação do fisioterapeuta [Dissertação]. São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo; 2002. 140 p.
28. Caldas MAJ. O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006. 118 p.
29. Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *J Med Ethics* 2007;33:435-6.
30. Bettini-Pereira RA, Blascovi-Assis SM. Dilemas éticos ligados à prática do fisioterapeuta no atendimento da criança com deficiência física ou mental [Dissertação]. São Paulo: Instituto Presbiteriano Mackenzie; 2006. 70 p.
31. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practioners in the UK National Health service. *J Med Ethics* 1998;24:193-9.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
33. Jette A. Toward a common language for function, disability and health. *Phys Ther* 2006;86(5):726-34.
34. Brasil. Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília: DOU; 1999.
35. Oliver M. The individual and social models of disability. Artigo apresentado ao Grupo de opções de vida e da Unidade de Pesquisa do Real Colégio dos Médicos. [citado 2010 Jul 11]. Disponível em URL: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk>
36. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtih I, Masini EF, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saúde Pública* 2000;34(1):97-103.
37. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):187-93.

38. Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. [citado 2013 Mar 2013]. Disponível em URL: <http://www.planalto.gov.br>
39. Brasil. Decreto Legislativo n. 186, de 10 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: Senado Federal; 2008.
40. Lima NM. Pessoa portadora de deficiência- Legislação Federal Básica. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência, sistema nacional de informações sobre a deficiência. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
41. Bernardes LCG, Araújo TCC. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(9):2435-45.
42. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -CREFITO-3 aprovado pela Resolução do COFFITO-10 de 3 de Julho de 1978 Capítulo II; artigo 7º, item IV.
43. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, William Saad Hossne WS, Almeida M. *Fisioter Pesq* 2008;15(2):149-56.
44. Moraes IN. *Erro Médico e a Justiça*. 5ª ed. São Paulo: RT; 2003. p. 49.
45. Lieber RR, Lieber NSR. O conceito de risco: Janus reinventado. In: Minayo MCS, Mirada AC, eds. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002. p. 87.
46. Immig CV. Correntes da Bioética frente às pessoas com deficiência. *Teocomunicação* 2010;40(2):106-46.
47. Badaró AFV. *Ética e bioética na práxis da fisioterapia: desvelando comportamentos* [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008. 164 p.
48. Othero MB, Ayres JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comunicação, Saude, Educação* 2012;16(40):219-3.
49. Clouser K, Gert B. A critique of principlism. *J Med Ethics* 1990;220-33.
51. Silva PF. Educação em Bioética: desafios na formação e professores. *Revista Bioética (Impr.)* 2011;19(1):231-45.