**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

DANIELA FERRAZ FRAUCHES CARVALHO

# ASPECTOS BIOÉTICOS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): PERSPECTIVA DO FISIOTERAPEUTA

Rio de Janeiro
2017

DANIELA FERRAZ FRAUCHES CARVALHO

# ASPECTOS BIOÉTICOS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): PERSPECTIVA DO FISIOTERAPEUTA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito final à obtenção do Título de Mestre em Bioética

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista.

Rio de Janeiro
2017

C331 Carvalho, Daniela Ferraz Frauches.
Aspectos bioéticos da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): perspectiva do fisioterapeuta / Daniela Ferraz Frauches Carvalho. – Rio de Janeiro: UFRJ : UFF : UERJ: FIOCRUZ, 2017.
84 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/ UFF/ UERJ/ FIOCRUZ. Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2017.

Referências: f. 73-80.

1. Bioética. 2. Atenção primária à saúde. 3. Núcleo de apoio à saúde da família. 4. Fisioterapia. I. Siqueira-Batista, Rodrigo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Universidade Federal Fluminense. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V. Fundação Oswaldo Cruz. VI. Título.

CDD 174.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELA FERRAZ FRAUCHES CARVALHO

# Aspectos bioéticos da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): perspectiva do fisioterapeuta

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em Associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 24 de Julho de Dois mil e dezessete

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista (Orientador)

UFRJ e UFV

_____

Prof.ª Dr.ª Andréia Patrícia Gomes

FIOCRUZ e UFV

_____

Prof.ª Dr.ª Selma Vaz Vidal

UNIFESO

Rio de Janeiro, 2017

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, Mãe e Pai, que me fortaleceu e me deu sabedoria para trilhar este caminho.

Aos meus queridos pais, que me proporcionaram uma base educacional, abrindo mão muitas vezes de seus sonhos pessoais, e que sempre estiveram presentes me apoiando.

À minha irmã que sempre me apoiou em todo meu processo de estudos até aqui. Ao meu irmão que muito me incentivou a entrar no mestrado e não desanimar nesse processo.

Ao meu marido/amigo/parceiro de vida, Daniel Jonssen, que me apoiou e incentivou em todos os momentos, sempre acreditando que eu conseguiria chegar ao fim desta jornada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista, que se disponibilizou a compartilhar seu conhecimento e me possibilitou o contato com o universo da Saúde da Família.

Deixo a minha profunda gratidão a todo corpo docente do PPGBIOS por toda a oportunidade de troca e crescimento ao longo desses dois anos. De fato, o que levo daqui me apoiará em toda minha vida profissional.

Às amigas que me apoiaram, incentivaram e compreenderam ao longo de todo esse processo, permitindo que todo o caminho fosse mais leve e menos doloroso: Eliete, Etienne e Telma.

À querida Maria Evonilde, seu apoio e trabalho foram fundamentais para a boa conclusão dessa etapa.

Ao querido amigo Amiel que esteve ao meu lado em todos os momentos, apesar da distância física, me dando força e apoio para lidar com as inseguranças deste caminho.

Aos queridos amigos da turma de Mestrado e Doutorado 2015.2 do PPGBIOS, vocês são maravilhosos e fizeram essa jornada mais gratificante, mais interessante e até mais divertida.

A todas as pessoas queridas que, mesmo por breve tempo, puderam me ajudar com alguma centelha de modo a tornar essa jornada possível e satisfatória.

Aos profissionais que se dispuseram a participar desta pesquisa, acolhendo e acreditando nas contribuições que a mesma poderia gerar. Bem como as gestoras das equipes NASF das APs, que se dispuseram a auxiliar para ser dada sequência a esta pesquisa.

Muito Obrigada!

*Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é o patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens. Não posso, por isso mesmo, burocratizar meu compromisso de profissional, servindo, numa inversão dolorosa de valores, mais aos meios que ao fim do homem. Não posso me deixar seduzir pelas tentações míticas, entre elas a da minha escravidão às técnicas, que, sendo elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras. Não devo julgar-me, como profissional, "habitante" de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos "ignorantes e incapazes". Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os "perdidos", que estão fora. Se procedo assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente me alieno.*

(Paulo Freire, 1979 - Educação e Mudança)

**RESUMO**

A fisioterapia é uma profissão relativamente nova na área da saúde. Nos últimos anos de modo a auxiliar à Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e através deste ocorreu a inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, e neste processo surgiram novas questões para a profissão. É igualmente recente a reflexão bioética na atuação do fisioterapeuta; de fato, ainda são poucos os estudos no Brasil que abordam esta temática. Ademais, pode-se observar nos estudos já realizados relacionando fisioterapia e bioética a dificuldade deste profissional em lidar com questões éticas e/ou bioéticas. Com um modelo direcionado a uma atuação interprofissional, a ESF/NASF acaba gerando muitas perguntas e dilemas cotidianos de cunho ético e bioético sobretudo sobre o papel do fisioterapeuta e sobre sua relação com os demais profissionais. Com base nessas considerações, este trabalho apresentou como objetivos descrever e refletir criticamente sobre os problemas éticos e bioéticos na atuação do fisioterapeuta na equipe de ESF/ NASF. Além disso, também foi investigado o conhecimento destes profissionais no que se refere à ética e à bioética. Para isso, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas, aplicado aos fisioterapeutas atuantes no NASF no município do Rio de Janeiro, sendo a análise de conteúdo realizada de acordo com o proposto por Bardin. Pode-se perceber que os problemas referentes à atuação do fisioterapeuta no NASF estavam em sua maioria ligados a aspectos da relação entre equipes do NASF e ESF e dentro das equipes do NASF, identificando assim a necessidade de uma consolidação do papel do NASF, bem como de suas atribuições de modo a atuar de forma conjunta à ESF. Também foi percebida a ainda presente dificuldade dos fisioterapeutas em relação aos conceitos de ética e bioética, devido a insuficiente abordagem do tema no processo de formação. Portanto, tais resultados mostram a necessidade de atenção com a construção das competências éticas no currículo da fisioterapia. Assim sugere-se que mais investigações sejam feitas no sentido de avaliar problemas bioéticos que permeiam a participação do fisioterapeuta no NASF e que sejam propostas estratégias para a formação destes profissionais.

**Palavras chave**: Atenção primária à saúde. Bioética. Fisioterapia. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Saúde da família.

**ABSTRACT**

Physiotherapy is a relatively new profession in the health area. In recent years, in order to support the Family Health Strategy (FHS), the Family Health Support Center (FHSC) was created and through this the insertion of physiotherapy in Primary Health Care (PHC) took place, and in this process new issues arose for the profession. The bioethical reflection on the physiotherapist's performance is also recent. In fact, there are still few studies in Brazil that address this issue. In addition, it can be observed in studies already done relating physiotherapy and bioethics to the difficulty of this professional in dealing with ethical and / or bioethical issues. With a model aimed at an interprofessional performance, the FHS / FHSC ends up generating many ethical and bioethical questions and everyday dilemmas, above all about the role of the physiotherapist and his relationship with other professionals. Based on these considerations, this work presented as objectives to describe and reflect on the ethical and bioethical problems in the physiotherapist's performance in the FHS / FHSC team. In addition, the knowledge of these professionals in ethics and bioethics was also investigated. For this, a questionnaire with closed and open questions was used, applied to physiotherapists working in the FHSC in the city of Rio de Janeiro, and the content analysis was performed according to the one proposed by Bardin. It can be seen that the problems concerning the physiotherapist's performance in FHSC were mostly related to aspects of the relationship between FHSC and FHS teams and within the FHSC teams, thus identifying the need for a consolidation of FHSC's role, as well as Of their duties in order to act jointly with the FHS. It was also noticed the still present difficulty of the physiotherapists in relation to the concepts of ethics and bioethics, due to the insufficient approach of the theme in the formation process. Therefore, these results show the need for attention with the construction of ethical competences in the physiotherapy curriculum. Thus, it is suggested that more research be done to evaluate bioethical problems that permeate the physiotherapist's participation in the FHSC and that strategies are proposed for the training of these professionals.
Key words: Primary health care. Bioethics. Physiotherapy. Support Center for Family Health. Family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

EP – Educação Permanente

ERRJ – Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMF – Programa Médico de Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Modalidades do NASF (Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012) .....18

Tabela 1. Perfil profissional dos fisioterapeutas participantes da pesquisa .....49

Quadro 2. Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde .....68

Quadro 3. Problemas identificados por fisioterapeutas no NASF .....69

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO ..... 12**

1.1 FISIOTERAPIA ..... 13

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA ..... 16

1.3 FISIOTERAPIA: TRABALHO VIVO ..... 18

1.4 BIOÉTICA ..... 20

*1.4.1 Principialismo ..... 21*
*1.4.2 Ética do Cuidado ..... 23*
*1.4.3 Bioética da Proteção ..... 25*

**2 OBJETIVOS ..... 26**

2.1 GERAL ..... 26

2.2 ESPECÍFICOS ..... 26

**3 MÉTODO ..... 27**

3.1 ASPECTOS TEÓRICOS/ REVISÃO DA LITERATURA ..... 27

3.2 ESTUDO EMPÍRICO ..... 27

*3.2.1 Caracterização da Área de Estudo ..... 27*
*3.2.2 Desenho do estudo ..... 28*
*3.2.3 Participantes da pesquisa ..... 28*
*3.2.4 Coleta de dados ..... 28*
*3.2.5 Análise dos dados ..... 29*
*3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa ..... 30*

**4 RESULTADOS ..... 31**

4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO: OS QUESTIONÁRIOS ..... 47

*4.1.1 Problemas bioéticos na relação usuário- profissional/equipe do NASF ..... 48*
*4.1.2 Problemas éticos e/ou bioéticos na relação dos profissionais e/ou equipe no NASF ..... 51*
*4.1.3 A não identificação ou ausência de problemas éticos e/ou bioéticos ..... 56*
*4.1.4 Conhecimento dos profissionais sobre os conceitos de ética e bioética ..... 57*

4.2 OBSERVAÇÕES NO PROCESSO DE PESQUISA OU OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE ..... 65

**5 DISCUSSÃO ..... 68**

5.1 PROBLEMAS ÉTICOS E/OU BIOÉTICOS NA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NASF ..... 68

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 71**

**REFERÊNCIAS ..... 73**

**ANEXO 1 ..... 81**

**ANEXO 2 ..... 85**

# 1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma jovem profissão na área da saúde dentro do âmbito brasileiro. De fato, sua criação – como atividade de nível superior – ocorreu em 1969 (BRASIL, 1969). Segundo a Resolução do COFFITO nº 424, de 8 de julho de 2013, que estabeleceu o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia:

> o fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (COFFITO, 2013).

Em 1975, o COFFITO iniciou o processo de regulamentação da profissão, aprovando "as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional" (BRASIL, 1978).

O código de ética da profissão contempla alguns dos compromissos éticos do fisioterapeuta, porém tal norma não tem se mostrado suficiente para abarcar todos os conflitos que o fisioterapeuta vivenciará em sua atuação cotidiana (FIGUEIREDO et al., 2013). No momento em que o profissional se vê diante de certos conflitos é necessário que esteja preparado para refletir e tomar a melhor decisão possível em dado contexto existente. Não é algo simples; antes, ao contrário, é algo de grande complexidade, visto estar diante de outro(s) individuo(s) com experiências, culturas e conceitos possivelmente diferentes dos seus próprios. Segundo Lorenzo e Bueno (2013), as temáticas que envolvem a ética, a bioética e a fisioterapia no Brasil estiveram ao longo da história da profissão fundamentadas em conceitos deontológicos, limitadas ao código de ética profissional e aos aspectos legais. Desta forma, percebe-se a importância de trazer a Bioética para a realidade da fisioterapia (LORENZO; BUENO, 2013).

Segundo Rego e colaboradores (2014), os cursos de graduação têm falhado em capacitar seus estudantes à reflexão sobre sua atuação, limitando-os à obediência automática às regras que muitas vezes nem estão contempladas nos códigos de éticas das profissões e sem qualquer crítica sobre estes atos, deixando este aluno despreparado para lidar com momentos de decisões críticas na sua futura atuação profissional (REGO et al., 2014).

Assim, em consonância, Alves e colaboradores (2008) demonstraram que a construção de uma caixa de ferramentas bioética na graduação pode oferecer base para os futuros profissionais quanto ao relacionamento em equipe, seja com colegas fisioterapeutas ou outros profissionais da saúde. Ao se comparar um grupo de uma universidade que não tinha em seu

currículo a Bioética com um segundo que contemplava essa disciplina, percebeu-se que este segundo grupo de graduandos apresentava um melhor preparo para o relacionamento interprofissional (ALVES et al., 2008).

Na mesma direção, Carvalho e Filho (2014) afirmam que “o estímulo à discussão dos assuntos referentes ao Biodireito e à Bioética, nos diferentes cenários de aprendizagem da graduação, é premente, buscando-se agregar tais conceitos a prática fisioterapêutica” (CARVALHO; FILHO, 2014).

Desta forma, pode-se compreender o valor da Bioética enquanto campo do saber que capacita o profissional a lidar com questões fundamentais no seu dia a dia nas relações profissionais, com os usuários e comunidade. Por isso, Motta e colaboradores (2012) sugerem que a Bioética esteja definitivamente incluída nos currículos de ensino superior, nas mais diversas áreas do conhecimento, de modo a contribuir para a formação desses profissionais, cidadãos e pesquisadores, a fim de estarem preparados para lidar com reflexões e discussões de conflitos e dilemas éticos em suas práticas diárias e sensíveis a identificá-las e ampliá-las (MOTTA et al., 2012).

## 1.1 FISIOTERAPIA

O termo “physiotherapie” foi utilizado pela primeira vez em 1851 pelo médico Lorenz Gleich (TERLOUW, 2006). O início da fisioterapia está vinculado a duas questões: epidemia de poliomielite e lesões produzidas no pós-guerra. Desta forma, essa profissão teve seu início vinculado ao papel de reabilitar (BARROS, 2009).

O surto de poliomielite teve papel fundamental no desenvolvimento da fisioterapia no mundo. Na década de 1950, principalmente, as capitais de São Paulo e Rio de Janeiro foram acometidas por uma grande epidemia de pólio, tornando assim a atuação fisioterapêutica urgente de modo a tratar das vítimas desta epidemia (BARROS, 2008). Diante deste fato, foi inaugurada em 1957 a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), idealizada e formada a partir dos esforços de pais e parentes das vítimas da poliomielite (ABBR, 1956).

No Brasil, a formação em fisioterapia teve início na década de 50 com a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) e na Universidade de São Paulo. Nesse momento sua formação se dava como técnico em fisioterapia, passando posteriormente a ser reconhecida como profissão de nível superior (BARROS, 2009). Nesse âmbito, a fisioterapia é definida como profissão de nível superior pelo Decreto-Lei n. 938, em 13 de outubro de 1969, constando como atividades privativas do fisioterapeuta “executar métodos e técnicas fisioterápicos com a

finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do ciente" (BRASIL, 1969). Assim, apesar de ter se iniciado como uma profissão de nível técnico, o fisioterapeuta tornou-se um profissional de nível superior, capaz de realizar avaliação do paciente, planejar e executar um tratamento, podendo este *"*prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano*"* (BRASIL, 1978).

Desta forma, o fisioterapeuta é um profissional capacitado a diagnosticar, propor um tratamento e dar alta aos seus pacientes. Ele é um profissional de primeira abordagem e que atua de forma autônoma (BRASIL, 1993). Não obstante, em muitos casos, principalmente no âmbito da saúde privada, o paciente chega até o fisioterapeuta com uma indicação do médico detalhando qual conduta deve ser adotada por ele, evidenciando um desconhecimento sobre as capacitações do fisioterapeuta para avaliar e propor condutas para o indivíduo. Assim, apesar do grau de reconhecimento que a profissão já alcançou, fica evidente e que ainda há um grande desconhecimento sobre a sua atuação e, portanto, um longo caminho a ser percorrido para que seja reconhecida em sua totalidade.

Barros (2011) apresenta algumas definições quanto ao ser fisioterapeuta, bem como suas competências:

> O fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, sendo, portanto, seu principal objeto de trabalho a saúde funcional. (BARROS, 2011, p.23)

Em 1987, a Resolução 80 do COFFITO faz uma mudança fundamental, trazendo o "movimento humano" como o objeto de estudo da fisioterapia (BRASIL, 1987). O movimento é a forma do ser humano se relacionar com o mundo externo, dessa forma essa mudança de conceito traz a fisioterapia para a dimensão social e não somente biológica.

Seguindo assim o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a saúde é vista como "o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 1946). Sendo sua proposta atual a de trazer a saúde para um novo paradigma, tirando-a do antigo modelo de saúde como ausência de doença.

Nos últimos anos muito tem sido falado no sentido de modificar a visão dos profissionais da saúde, sejam os que estão em exercício da profissão, como os que estão em formação. Castro e colaboradores (2015) reforçaram a importância de um novo conceito sobre saúde ser

apresentado já no período de formação destes profissionais, demandando que os professores também participem dessa nova visão, deixando o modelo biomédico, de modo a poder compartilhar deste conhecimento com seus alunos, ampliando sua visão para além do olhar da doença. Desta forma, foi investigado se os professores de uma universidade pública de graduação em fisioterapia utilizam o modelo biopsicossocial que considera os domínios biofísico, psicocognitivo e social, reforçando a importância da adoção de tais domínios (CASTRO et al., 2015).

Meyer e colaboradores (2006) propuseram avaliar o impacto de disciplinas das ciências sociais na formação de futuros fisioterapeutas. Perceberam, assim, que a incorporação de tais saberes – visando um ensino transdisciplinar – permite aos alunos o desenvolvimento de uma capacidade crítica e reflexiva, quanto a sua atuação na fisioterapia, passando estes a preocuparem-se com o bem-estar psíquico e social do paciente, deixando o olhar que antes era atento somente à questão física (MEYER et al., 2006).

Em 1978 acontece a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em que é constituída a Declaração de Alma-Ata expressando a urgência de que todos os governos buscassem promover a saúde de todos os povos do mundo. Esta enfatiza que a saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e que é um direito humano fundamental. Ademais, revela a importância do cuidado primário em saúde, reforçando o dever de todos os governos em formular políticas, estratégias e planos nacionais de modo a estabelecê-lo (ALMA-ATA, 2001).

Com esta proposta dos cuidados primários, o fisioterapeuta encontra-se diante de um desafio, uma vez que, principalmente em nível nacional, sua atuação ficou vinculada ao âmbito da reabilitação. Portanto, aonde poderia se inserir o fisioterapeuta nesse novo paradigma de saúde? Estaria o fisioterapeuta fora desta proposta, visto ser ele um profissional comumente relacionado à reabilitação? Seria possível adequar o fazer fisioterapêutico a Atenção Primária à Saúde (APS)? E caso seja possível, como realizar essa adequação? Como inseri-lo nesse modo de trabalho?

Ratifica-se o afastamento ainda maior deste profissional da atuação na atenção básica já que a fisioterapia está comumente associada ao âmbito privativo no Brasil, sendo vista dentro da lógica curativa e liberal-privatista, em que o processo de formação deste profissional envolve instituições, em sua maioria, privadas. Dentro dessa ótica liberal, a saúde é vista como mercadoria e ocorre o processo de centralidade na doença e o desenvolvimento da especialização; ao passo que, dentro do modelo do SUS, além da técnica, as dimensões sociais

e humanas são valorizadas. Portanto, faz-se necessário repensar o lugar social que o fisioterapeuta ocupa e deve ocupar (ALMEIDA e GUIMARÃES, 2009).

Nesse sentido, Maia e colaboradores (2015) apontam que o fisioterapeuta pode contribuir em muitos aspectos na Atenção Primária à Saúde (APS), pois este pode intervir não apenas quando a deficiência ou incapacidade já está instalada, mas também em ações de prevenção, atenuando enfermidades e buscando a promoção de saúde de modo a garantir maior qualidade de vida. Assim, este profissional tem a possibilidade de grande contribuição no âmbito de saúde coletiva, não se limitando a uma prática individual e individualista (MAIA et al., 2015).

Rezende e colaboradores (2009) propuseram novas formas de integração da fisioterapia às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de modo a pensar essa atuação para além da reabilitação. Ainda reforçaram a importância de criar pontos de interseção nas ações do profissional, bem como na relação deste, dentro da equipe, a fim de produzir uma prática integral de saúde (REZENDE et al., 2009).

## 1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Buscando uma atuação integral, tendo em vista uma saúde que contemplasse a todos os indivíduos como direito fundamental do cidadão brasileiro, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF) – redimensionado em termos da ESF – e, por fim, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. No dia 19 de setembro de 1990 foi promulgada a lei 8.080, a qual regulou o SUS estabelecendo como um dos seus objetivos a prestação de assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizando de forma integrada ações de assistência e atividades de prevenção. O SUS traz como proposta princípios e diretrizes tais como a universalidade do acesso, integralidade e equidade da assistência, descentralização, regionalização, hierarquização de serviços de saúde e participação popular. Deste modo ele vem apresentando novos conceitos quanto à produção de saúde (BRASIL, 1990).

Seguindo o compromisso do SUS de atenção integral à saúde, foi criado o PSF, em 1994, de forma a reorientar o modelo de atenção em saúde no país com foco na APS. Posteriormente, em 2004, ele foi redimensionado em ESF, através da portaria GM n 648:

> vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país (BRASIL, 2014).

Desta forma, a ESF foi estabelecida como forma prioritária para reorganização da APS no Brasil. Essa estratégia busca um enfoque no trabalho das equipes; sendo assim, todos os profissionais devem trabalhar juntos no cuidado à saúde do usuário. Essa atividade em equipe permitirá desenvolver um trabalho completo e abrangente, o qual pressupõe a saúde para além do campo biológico, considerando também o campo psicossocial.

O NASF foi criado através da Portaria Nº. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde, de modo a auxiliar às equipes da ESF. Este deve se estar constituído por uma equipe composta de profissionais das diversas áreas do conhecimento atuando em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando as ações em saúde. O NASF não se apresenta como porta de entrada ao sistema, mas como apoio às equipes da ESF e à unidade em que estiver cadastrado. Os profissionais que podem compor o NASF 1 são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Os profissionais que podem compor o NASF 2 são: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008). Através da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, os parâmetros de vinculação dos NASFs são redefinidos, sendo criada a modalidade NASF 3 (BRASIL, 2012).

Através do NASF, a fisioterapia tem sua inserção na Saúde da Família, podendo atuar dentro da lógica da APS. O trabalho nesse primeiro nível de atenção ainda é algo bem novo para uma profissão historicamente vinculada ao campo da reabilitação. Sendo assim, desenha-se um desafio tanto para o fisioterapeuta como para os demais profissionais das equipes ESF e NASF, na perspectiva de conhecerem e reconhecerem o papel do cuidado fisioterapêutico nesse nível de atenção (SILVA; ROS, 2007; SUPERTI, 2013).

Quadro 1. Modalidades do NASF (Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012)

| NASF 1 | NASF 2 | NASF 3 |
|---|---|---|
| Equipes vinculadas de 5 a 9 ESF e/ou eAB (equipe de Atenção Básica) para | Equipes vinculadas de 3 a 4 ESF e/ou eAB (equipe de Atenção Básica) para | Equipes vinculadas de 1 a 2 ESF e/ou eAB (equipe de Atenção Básica) para |

| | | |
|---|---|---|
| populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Equipe formada por profissionais de nível superior apresentando um mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal. | populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Equipe formada por profissionais de nível superior apresentando um mínimo de 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal. | populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Equipe formada por profissionais de nível superior apresentando um mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal. |

**Fonte: Portaria 3.124 de 28 de dezembro 2012.**

## 1.3 FISIOTERAPIA: TRABALHO VIVO

A atuação do fisioterapeuta no NASF ocorre dentro do âmbito do trabalho vivo, portanto este tem autonomia sobre a conduta clínica a ser adotada e a metodologia de trabalho. Contudo, em muitos casos essa liberdade de trabalho acaba levando este profissional a manter a lógica de atendimento de especialidades, deixando assim a proposta da atenção integral que é o foco da saúde da família. A essência – que é o processo do trabalho em equipe– em muitos casos não é alterada: “embora tenham sido despendidos grandes recursos e esforços em processos educacionais, seus impactos nos serviços não têm sido notados” (FRANCO; MERHY, 2013).

A especificidade do trabalho diz respeito à constatação de que o mesmo é uma atividade em rede, ou seja, implica interdependência. Portanto, todos dependem de todos, não existe autossuficiência. Dentro dessa lógica o que é produzido é consumido no momento da atuação em que se dá a relação usuário-profissional. Não é possível substituir a atuação humana pela tecnologia nesse âmbito de trabalho, aqui tem-se um trabalho relacional, logo um trabalho vivo. O trabalho morto é o expresso na maquinaria, ferramentas. Na saúde sempre será necessário ambos: trabalho vivo e morto (MERHY, 2002).

No SUS, a densidade de tecnologia no nível de atenção primário é pequena, sendo no nível secundário de maior densidade e no terciário ainda mais densa. No nível primário há atenção às doenças mais corriqueiras e de fácil resolução, no secundário as de nível intermediário e no terciário as situações mais complexas (APM, 2000). Aplicando-se para esse entendimento a proposta de tecnologias leves como as relações, o vínculo, a gestão; tecnologia

leve-dura, os saberes estruturados e tecnologia dura, os equipamentos tecnológicos. Deste modo, no âmbito da ESF e do NASF utiliza-se de tecnologias leves, e pouco de tecnologias leves-duras (MERHY; ONOCKO, 1997).

Pensando no fisioterapeuta que atua no NASF com uma proposta de atuação que de modo geral não se limita ao uso de tecnologias para permear seu atendimento, e tem como enfoque a relação dialógica. Neste novo modelo de atenção proposto, pensar o cuidado nas relações é fundamental. Ao se falar sobre o cuidado integral na fisioterapia, a capacidade de comunicação deve ser fortemente trabalhada, o profissional precisa se fazer compreender e ao mesmo tempo precisa ser capaz de compreender a fala do outro (BISPO JÚNIOR, 2009; FREITAS, 2006). É preciso compreender o contexto em que o usuário está inserido, compreender seu viver em comunidade, sua rotina, para assim ser capaz de propor uma abordagem que seja eficaz para tal realidade e compreender as estratégias já utilizadas pelo indivíduo para realizar suas atividades de vida diária. Pois se essa relação falha, então a comunicação será limitada senão impossível; portanto, a atuação do profissional não resultará no benefício desejado ao paciente (FRANCO; MERHY, 2013).

O profissional inserido no NASF opera com uma nova perspectiva junto ao usuário:

> O desafio da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo. (FRANCO; MERHY, 2013)

O principal ponto do trabalho vivo é a liberdade (MERHY, 2002; FRANCO, 2015). O trabalhador tem um razoável autogoverno do seu trabalho. No espaço da relação o profissional comanda. Então o profissional pode usar esse espaço para torturar ou acolher o usuário. Se o profissional não se conscientizar sobre a importância do seu trabalho, o mesmo não poderá ser desenvolvido. Se a lógica de trabalho não foi alterada no âmbito do trabalho *vivo*, a compreensão do profissional sobre sua atuação não foi modificada junto com a nova proposta de atenção em saúde. É necessário despertar, no trabalhador, o que é discutido nas políticas públicas. Não basta a proposta existir num campo político, ela tem que alcançar o trabalho que é feito no dia a dia. Não apenas uma capacitação no campo do conhecimento científico, mas também na subjetividade desse profissional que aí atua (FRANCO; MERHY, 2013).

Como é a produção da subjetividade? Em todo encontro nosso com algo, seja com um pensamento, uma obra de arte, ou seja, com o mundo com o qual nos relacionamos há afeto, no sentido de afetar. O afeto é algo instantâneo, uma percepção com base nos encontros e também

produz conhecimento. Através desses afetos é formada a subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 1996). A subjetividade é uma produção social, ou seja, ela se dá por relações sociais. Daí percebe-se porque capacitações que abordam apenas o conhecimento técnico não tem êxito em gerar mudanças. Portanto, é necessário um processo de educação que olha ao mesmo tempo no plano da cognição e da subjetivação (FRANCO, 2014).

## 1.4 BIOÉTICA

A primeira utilização do termo Bioética é comumente atribuída ao oncologista Van Rensselaer Potter, em 1970, nos Estados Unidos da América (SCHRAMM, 2011). Contudo, recentemente, pesquisas têm apontado para o uso do termo por Fritz Jahr, em 1927, na Alemanha (PESSINI, 2013). Potter chama a bioética de "ciência da sobrevivência humana" (POTTER, 1971); sua proposta visa combinar o trabalho dos humanistas e cientistas, apresentando-a como uma ponte entre ciências biológicas e humanidades. Ao unir os termos bio (vida) e ethos (ética), ele almeja uma interação entre o ser humano e o meio ambiente. Além disso, também é atribuída a André Hellegers a paternidade do termo bioética, tendo este remetido a problemas de microbioética ou bioética clínica (PESSINI, 2013).

Ao longo de sua existência a Bioética ampliou sua agenda, podendo ser percebida, segundo Goldim (2006), como: "uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver" (GOLDIM, 2006).

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos aconteceu durante a 33ª Conferência Geral da Unesco, em 19 de outubro de 2005, em Paris, e a partir dali que a agenda bioética internacional politizou- se definitivamente, apresentando como princípios fundamentais a proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade, expandindo assim as possibilidades de se pensar a bioética nos mais diversos contextos, seguindo a ideia dos seus idealizadores (ONU, 2005).

Portanto, a bioética tem um caráter multi-inter-transdisciplinar, permitindo um diálogo entre os diversos campos do saber (AZEVEDO, 1998). Estando atualmente envolvida em questões de desigualdade social, justiça, responsabilidade quanto aos cuidados em saúde, alocação de recursos, pobreza, racismo, saúde pública e políticas sociais e sanitárias (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

A seguir apresentaremos duas correntes da bioética que trazem um enfoque às questões do desenvolvimento das ciências médicas e biológicas de modo a servirem ao processo reflexivo dentro da APS.

### *1.4.1 Principialismo*

A bioética principialista é uma corrente criada por Beauchamp e Childress que se baseia em quatro princípios igualmente importantes: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Todos os princípios são igualmente importantes e nenhum se sobrepuja ao outro, ou seja, nenhum desses princípios é considerado como absoluto, portanto todos devem ser *prima facie* respeitados. Ao se deparar com o caso real, deve-se avaliá-lo com base em todos os princípios e ponderar qual princípio se adequa mais à situação em particular. Este modelo *funciona* como um facilitador à análise de casos por profissionais da área da saúde, apresentando estes quatro princípios que se organizam como diretrizes neste processo decisório (MARTINS, 2013).

O principialismo alcança contornos éticos-legais nas relações estabelecidas entre os profissionais e os pacientes, descritos por Palácios e colaboradores (2001):

> [...] principialismo padrão aplica-se a conflitos de interesses e valores vigentes em sociedades seculares e democráticas, nas quais existe uma pluralidade de comunidades morais legítimas não necessariamente integradas. Neste tipo de sociedade, o modelo principialista permite analisar e entender tais conflitos, por um lado, e tentar resolvê-los, por outro, mas sempre tendo em conta que o uso do método proposto e sua pertinência têm a ver com o contexto. (PALÁCIOS et al., 2001)

O principialismo teve seu início com a preocupação relativa às pesquisas envolvendo seres humanos (PALÁCIOS et al., 2001). Três casos de pesquisas que colocavam em sérios riscos aos seus participantes são considerados desencadeadores para este: pesquisas injetando células cancerosas vivas em idosos doentes; injeção de vírus da hepatite em crianças portadoras de deficiência mental e o caso de Tuskegee, em que negros sifilíticos não obtiveram tratamento para a realização de uma pesquisa (COSTA et al., 1998). Tais casos, entre outros, levaram a criação do Relatório Belmont que foi oficialmente divulgado em 1978, tornando-se a declaração principialista clássica, apresentando como princípios a autonomia, a beneficência e a justiça.

Embora não haja precisão quanto ao conceito de autonomia, Beauchamps e Childress apresentam como ideia central da autonomia pessoal:

> regras que a pessoa estabelece para si própria, livre de interferências controladoras por parte de outros e livre também de limitações pessoais, tal como entendimento inadequado, que impeça uma escolha competente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Portanto uma pessoa autônoma será capaz de construir um projeto de vida e de tomar decisões. Já uma pessoa com autonomia diminuída ou perda total de autonomia precisará de outros para ajudarem-na a deliberar sobre sua própria vida e decisões.

O princípio da não maleficência fala sobre não infligir o mal a outrem. Este princípio apresenta-se particularmente importante e diferente da beneficência, pois não causar o mal não significa o mesmo que fazer o bem (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). E em situações que não se possa fazer um bem a determinada pessoa, minimamente considera-se como princípio não impor nenhum mal a este. Como em casos de fim de vida: quando não é possível um tratamento curativo, mesmo assim não se justifica fazer um tratamento experimental que possa expor o indivíduo a um sofrimento desnecessário e que não lhe causara nenhum bem (PALÁCIOS et al., 2001).

O princípio da beneficência aponta para o fazer o bem, este propõe "todas as formas de ação que tenham o propósito de beneficiar outras pessoas" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Ele apresenta duas versões: a primeira, da beneficência positiva que envolve a provisão de benefícios, prevenindo dano a terceiros, bem como promovendo o bem-estar; a segunda, da ponderação entre benefícios e danos (PALÁCIOS et al., 2001).

O princípio da justiça, de acordo com Beauchamp e Childress, propõe um domínio distributivo, sobre equidade, levando em conta, portanto, as necessidades de cada pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Este trabalha com questões relativas a quem dar prioridade, por exemplo, em casos de bens essenciais que se encontram escassos, no sentido de oferecer tratamentos em situações iguais.

Desta forma neste projeto o principialismo será a base para as reflexões acerca dos problemas bioéticos na perspectiva dos profissionais que atuam no NASF – especificamente os fisioterapeutas – e sobre sua capacidade em aborda-los. Entendendo o principialismo como uma corrente da bioética que se liga ao início da bioética e, portanto, ainda a mais conhecida dentro do campo, principalmente, ligada à bioética clínica (MARTINS, 2013).

Neste trabalho, então, buscaremos investigar se os profissionais que atuam no NASF conhecem a Bioética baseada em princípios e se em algum momento utilizaram esses conceitos para auxiliar na solução de problemas. Também como são solucionados os possíveis problemas éticos e bioéticos que surgem em sua atuação. Compreendendo a importância desses princípios buscaremos então compreender através das respostas se estes profissionais percebem a importância de respeitar a autonomia dos pacientes, se pensam no princípio de fazer o bem e não causar mal e preocupam-se com o conceito da justiça em sua atuação. E poderemos compreender qual lugar estes princípios têm em seu fazer fisioterapêutico, seja em condutas ou planejamentos de atuação individualmente ou com os demais colegas.

### *1.4.2 Ética do Cuidado*

A palavra cuidar tem, para alguns estudiosos, sua filologia derivada do latim cura; outros derivam-na de *cogitare-cogitatus*, apresentando como sentidos possíveis: cogitar, pensar, colocar atenção, entre outros semelhantes. O cuidado inclui atitude de desvelo para com outro e preocupação (BOFF, 1999). Portanto, cuidar envolve um momento de envolvimento afetivo, de preocupar-se e responsabilizar-se pelo outro.

A ética do cuidado, elaborada pela psicóloga Carol Gilligan, em 1982, tem como ênfase as relações. Ela trabalha com o conceito de que as características vistas como femininas – empatia e generosidade – sempre foram encaradas como uma "deficiência", como uma fraqueza. O masculino então é formado como a separação/ distanciamento e o feminino como apego. Esta diferença entre masculino e feminino geralmente é vista como um problema moral destas. No âmbito das relações em saúde, portanto, o aceitável era que o profissional mantivesse uma distância do paciente, o apego não era valorizado nestas relações. O apego era visto como algo pertinente ao feminino, portanto inferior. Sabendo-se que estes conceitos foram formados em nossa sociedade, sociedade esta patriarcal em que o feminino ainda é visto como inferior (GILLIGAN, 1982). Gilligan, portanto, busca quebrar com essa noção e restabelecer o valor do cuidado para as relações em saúde e que estes princípios do feminino são essenciais no âmbito da saúde.

Contudo, não necessariamente esses aspectos ditos femininos sejam pertinentes às mulheres; porém, ao afirmar serem do âmbito feminino remete-se às noções de gênero construídas na sociedade e não a questão de sexo. Portanto esses aspectos levantados pela autora não seriam exclusivamente das mulheres, mas podem e devem alcançar ambos os sexos, logo, todos os que se propõem a atuar nas profissões em que o cuidado esteja presente. Pois o cuidado, ser cuidado e cuidar, é inerente ao ser humano (KUHNEN, 2010).

Vivendo em uma sociedade em que há a dominação do masculino e, assim, tudo que vem nesse estereótipo é considerado superior, na área da saúde não poderia ser diferente (BOURDIEU, 2011). Toda a ideia de superioridade masculina encontra-se presente no âmbito da saúde. Ainda quando são mulheres que estão presentes na atuação profissional o que se espera destas é força, rigidez, racionalidade. Estabelece-se aí uma cadeia de poder, reforçando o ideário de que o médico/profissional de saúde é aquele ser detentor de um conhecimento científico pleno e racional capaz de arbitrar sobre a vida de seus pacientes (sendo estes passivos nesta relação) e o usuário/paciente aquele que figuraria o feminino, logo, a fragilidade, sensibilidade, emoção. Portanto, assim como na sociedade patriarcal é feita a relação de poder

homem/mulher, forte/fraco, razão/emoção, também é feita na área da saúde na relação profissional de saúde/paciente.

Um grande problema que a área da saúde vive é pensar que o profissional em sua formação deve ser "ensinado" a não sentir empatia por aquele que é cuidado (ZOBOLI; FORTES, 2004). Pensa-se que essa relação deve ser fria e objetiva. Muitas vezes não há espaço para construções nessa relação, para ser estabelecida uma relação de confiança profissional-paciente, como dois sujeitos igualmente responsáveis pela saúde daquele que será cuidado. A fisioterapia é uma profissão em que o profissional acompanha de perto durante um considerável tempo um paciente, principalmente dentro da proposta do NASF, ainda este profissional deve estar mais próximo do usuário. Portanto, é necessário pensar essa relação, como ela se dará, e deixar que haja esse espaço de empatia e de construção de um cuidado que atente ao usuário do sistema de forma integral, não apenas como um discurso teórico, mas algo que é realizado na prática.

Desta forma a ética do cuidado apresenta como possibilidade a ressignificação da relação interpessoal, uma vez que prioriza o vínculo, a empatia pelo outro, a corresponsabilidade e desenvolvimento de confiança (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016). Assim será importante neste trabalho a fim de refletirmos à luz desta como se dão as relações profissional de saúde- paciente no âmbito da atenção primária. Aqui pensando no fisioterapeuta que atua no NASF com uma proposta de atuação que de modo geral é livre de tecnologias leves-duras e duras para permear seu atendimento, e, portanto, tem como enfoque tecnologias leves. Deste modo neste novo modelo de atenção proposto pensar o cuidado nas relações é fundamental. Ao se falar sobre ações de promoção de saúde, assistência e prevenção na fisioterapia, a capacidade de comunicação deve ser fortemente trabalhada, desenvolvendo-se para tal a escuta ativa, ou seja, estar aberto a ouvir e compreender o outro em suas necessidades.

Deste modo, procuraremos trazer à tona neste trabalho como se dão essas relações, como têm sido solucionados os problemas que possam ter surgido durante a atuação deste profissional. E pensar a ética do cuidar é imprescindível para compreender se ainda, mesmo na atenção primária, estamos presos ao conceito de relações distantes entre profissional-paciente conduzido pela ideia do uso da razão imparcial.

Longe de abordar uma visão paternalista, o enfoque aqui é na relação profissional-paciente como uma oportunidade de construção em que são agregados os conhecimentos do profissional a realidade do paciente, com sua história, experiências e contexto cultural (BARROS; GOMES, 2011), buscando sair da imposição que o outro seja igual para caminhar

no sentido de compreender o outro tal qual ele se apresenta e, a partir dessas diferenças, propor alternativas de cuidado e de atenção pertinentes a este em suas diferenças.

### *1.4.3 Bioética da Proteção*

A Bioética da Proteção foi formulada por pesquisadores latino-americanos e busca trazer a bioética tradicional para uma reflexão dentro do contexto dos países da América Latina. Ela tem como seu foco os indivíduos vulnerados em países em desenvolvimento os quais não são capazes de agir autonomamente, mas também se expande para pensar problemas globais que afetam o planeta como um todo (SCHRAMM, 2008).

É importante ressaltar que a Bioética da Proteção não almeja uma prática paternalista, ao contrário, ela oferece e não impõe a proteção daqueles que não podem tomar suas decisões sozinhos. Ela pensa dois tipos de proteção: “negativa”, sendo medidas de prevenção; proteção “positiva”, ações que promovam o autodesenvolvimento humano (SCHRAMM, 2017).

Pensar uma bioética para a saúde pública que visa proteger o usuário é um caminho importante para diminuir as desigualdades vividas no contexto de um país como o Brasil. Portanto, a Bioética da Proteção caminha no sentido de fortalecer os ideais defendidos pelo SUS (SIQUEIRA et al., 2013)

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 GERAL

Descrever e refletir criticamente sobre os problemas bioéticos vivenciados pelos fisioterapeutas da Atenção Primária à Saúde (APS) – especificamente vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) –, do Município do Rio de Janeiro.

## 2.2 ESPECÍFICOS

- Delinear os principais problemas bioéticos identificados pelos fisioterapeutas da APS/ NASF do Município do Rio de Janeiro;
- Delimitar os conhecimentos dos fisioterapeutas da APS/NASF sobre os conceitos de bioética, os quais são capazes de fundamentar as tomadas de decisão em relação aos problemas identificados.
- Analisar e categorizar os problemas observados.
- Conhecer o “estado da arte” acerca dos problemas bioéticos encontrados na APS/ESF, pela perspectiva dos profissionais fisioterapeutas do NASF.

# 3 MÉTODO

## 3.1 ASPECTOS TEÓRICOS/ REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema. A busca dos textos e documentos pertinentes foi realizada utilizando as bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*), PUBMED (*U. S. National Library of Medicine*), LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como descritores: bioética, bioética clínica, ética médica, saúde da família, atenção primária à saúde, sistema único de saúde, fisioterapia, bioethics, medical ethics, Family health, primary health care, physiotherapy, clinical bioethics; buscando artigos publicados no período de 1997 a 2017. Foram selecionados artigos em língua portuguesa e inglesa e incluídos aqueles que apresentavam estudos originais, relatos de casos, revisões bibliográficas e reflexões teóricas disponíveis na íntegra contendo informações relativas à atuação do fisioterapeuta na APS e no NASF, sobre a relação entre bioética e ESF, bem como sobre a relação ESF e NASF. Também foram incluídas neste trabalho algumas Portarias Ministeriais e Diretrizes envolvendo a ESF e o NASF. Foram excluídos estudos que abordam a realidade da fisioterapia na atenção primária em outros países devido ao interesse aqui presente de falar sobre a realidade brasileira. Com base nos artigos encontrados na busca e a partir das citações dos mesmos foram selecionados aqueles relacionados ao tema proposto, e, posteriormente, realizada a leitura e resenha dos mesmos.

## 3.2 ESTUDO EMPÍRICO

### *3.2.1 Caracterização da Área de Estudo*

Este estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, o qual possui área territorial de 1.224,56 km$^2$ e fica na região Metropolitana do estado homônimo. O município do Rio de Janeiro apresenta o segundo maior PIB do país, sendo um dos principais centros culturais, econômicos e financeiros do país.

A população estimada deste município em 2015, segundo o IBGE, é de 6.476.631 habitantes e apresenta densidade demográfica de 5.265,82 hab/km$^2$. O município se divide em 10 Áreas de Planejamento na saúde e a rede de APS possui 194 Unidades de Saúde, 187 das quais com equipe de ESF, fazendo um total de 838 equipes com cadastro de 2.675.423 usuários.

Dessas equipes apenas 70 contam com NASF 1, onde estão inseridos os profissionais de fisioterapia, em um total de 66 profissionais.

O estudo foi realizado com os fisioterapeutas do NASF 1 de duas áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro. As áreas e profissionais participantes foram escolhidos de acordo com a manifestação do desejo de participar da pesquisa. Primeiramente foi apresentado o projeto por correio eletrônico aos coordenadores dos NASF no município do Rio de Janeiro, dois coordenadores apresentaram disponibilidade para que o projeto fosse apresentado aos fisioterapeutas da área, em seguida foi acordado o acompanhamento da pesquisadora em reuniões do NASF das respectivas áreas. O questionário foi entregue a dezoito profissionais e, destes, oito manifestaram o desejo de participar da pesquisa tendo assim respondido ao questionário, bem como realizado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### *3.2.2 Desenho do estudo*

Este estudo consistiu em uma investigação de abordagem exploratória, situando-se no campo de pesquisa social e utilizando o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, devido às características do objeto de investigação. O interesse aqui foi captar a realidade dinâmica e complexa em sua realidade histórico-social. Neste sentido, o estudo foi realizado de modo a delinear os principais problemas bioéticos identificados pelos fisioterapeutas atuantes no NASF no município do Rio de Janeiro e o conhecimento destes mesmos profissionais sobre os conceitos de bioética, através da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas. O questionário apresentado aos profissionais encontra-se no ANEXO 1 e ANEXO 2.

### *3.2.3 Participantes da pesquisa*

Foram convidados a participar deste projeto fisioterapeutas que exercem atividades no âmbito da APS no município do Rio de Janeiro (mais especificamente no NASF). O convite incluiu a participação respondendo ao questionário proposto. A participação foi voluntária e vinculada à aprovação expressa do participante de pesquisa, mediante assinatura do TCLE, conforme Resolução 466/2012.

### *3.2.4 Coleta de dados*

Os dados foram coletados por um único pesquisador devidamente treinado e capacitado e, então, foram avaliados pelo mesmo.

Foi entregue a cada profissional um questionário composto de vinte e cinco perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas referiam-se às características gerais como sexo, idade (anos), etnia, naturalidade, profissão, nível de escolaridade, tempo de exercício da profissão em anos, tempo total de trabalho em saúde da família e tempo de trabalho na atual ESF/NASF. As perguntas abertas referiam-se aos problemas éticos e/ou bioéticos vivenciados pelos profissionais em seu trabalho na saúde da família (SF), bem como seu conhecimento sobre conceitos de ética e bioética.

Foi adotada na presente investigação a aplicação de questionário, instrumento de coleta utilizado para atingir grande quantidade de indivíduos (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1994; SOUZA et al., 2005). Este questionário teve perguntas fechadas e abertas que puderam dessa forma alcançar respostas completas, e não respostas rápidas e muito simplificadas sobre o tema, de modo a alcançar um amplo panorama do objeto de pesquisa.

Além disso, durante o processo de entrega dos questionários, houve a oportunidade da pesquisadora acompanhar duas reuniões de equipes do NASF nas áreas em que foi realizada a coleta dos dados. Embora tal acompanhamento não tenha sido previamente planejado, as discussões observadas ali se mostraram relevantes para a presente pesquisa. Por este motivo, elas foram tratadas brevemente nos resultados dos questionários.

### *3.2.5 Análise dos dados*

A apreciação dos dados foi feita com base no conceito de análise de conteúdo de Bardin, a qual tem como objeto a linguagem, considerando-se aqui a fala dentro de um aspecto individual, a prática da fala e seus significados. Ela busca compreender aquele que fala, no momento em que fala, as significações dessa fala, sua forma e a distribuição desta. Ela trabalha com o ato de comunicar, a mensagem, bem como com a manipulação de mensagens de modo a se perceber outra realidade que não está sendo diretamente falada na mensagem. Faz-se de uma diversidade de formas e tendo um vasto campo de aplicação. Esta técnica de análise se adequa ao domínio e objetivo pretendidos, ela deve ser constantemente reinventada (BARDIN, 2011). As regras aplicadas a ela não são rígidas, mas podem ser apontadas como: homogêneas, exaustivas, exclusivas e adequadas ou pertinentes.

A análise de conteúdo avaliou as condições de produção de um texto, verificando as variáveis psicológicas, sociológicas e culturais, variáveis essas que estão presentes no contexto da produção da mensagem.

Segundo Bardin (2011), “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011).

Compreendendo a análise de conteúdo também como um “conjunto de instrumentos metodológicos cada dia mais aperfeiçoados que se aplicam a discursos diversos” (RICHARDSON et al., 2010). Esta, portanto, segue uma objetividade, sistematização e inferência.

### *3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa*

O presente trabalho apresenta-se como um subprojeto da pesquisa intitulada “*Bioética e educação: construindo discursos e práxis no espaço-tempo da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro*”, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 30819414.9.0000.5279) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (CAAE: 29352314.6.0000.5153). Assim como em todas as etapas desta pesquisa, também nesse foi solicitada a assinatura do TCLE dos participantes, enfatizando os riscos e benefícios da investigação, bem como a garantia de sigilo sobre a identidade dos participantes e as informações coletadas.

Os riscos aqui encontrados foram o tempo despendido e eventual desconforto com o preenchimento dos questionários. Os benefícios potenciais foram um maior conhecimento sobre questões bioéticas relacionadas à atuação do fisioterapeuta no NASF.

# 4 RESULTADOS

Os resultados encontrados nessa pesquisa foram aqui organizados da seguinte forma:

(1) Um artigo de revisão bibliográfica intitulado: “Inserção, atuação e conflitos do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAFS): uma revisão bibliográfica”;

(2) A análise da investigação empírica, apresentando-se os resultados dos questionários preenchidos por fisioterapeutas do NASF em duas áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro.

# O FISIOTERAPEUTA E A SAÚDE DA FAMÍLIA: INSERÇÃO, PROCESSO DE TRABALHO E CONFLITOS

# PHYSIOTHERAPY AND FAMILY HEALTH: INSERTION, LABOR PROCESS AND CONFLICTS

**Autores: Daniela Ferraz Frauches Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ), Rodrigo Siqueira-Batista (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e Universidade Federal de Viçosa – UFV)**

**RESUMO**

Introdução: A fisioterapia é uma profissão relativamente nova na área da saúde e ainda mais recente é seu papel na Atenção Primária à Saúde (APS). Nos últimos anos a fisioterapia passou a integrar a Estratégia Saúde da Família (ESF) através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, com sua participação nesse nível de atenção, surgiram novas questões para a profissão. Métodos: Este trabalho apresenta revisão de literatura referente à inserção e à atuação do fisioterapeuta no âmbito da APS, enfocando os conflitos surgidos neste novo domínio. Resultados e Discussão: A partir da análise dos textos selecionados foram propostas três categorias: (i) inserção do fisioterapeuta na Saúde da Família; (ii) processo de trabalho do fisioterapeuta na Saúde da Família; e (iii) conflitos na atuação do fisioterapeuta na Saúde da Família. Os textos analisados revelaram a efetiva contribuição que a fisioterapia tem trazido à Saúde da Família, e os muitos obstáculos que ainda precisam ser superados. Conclusão: Com um modelo direcionado a uma atuação interprofissional, a ESF/NASF acaba levantando muitas questões relativas ao papel do fisioterapeuta e sobre sua relação com os demais profissionais, usuários e gestão, para as quais a bioética tem se apresentado como um caminho para essa reflexão.

**Palavras chave**: fisioterapia, bioética, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

**ABSTRACT**

Introduction: Physiotherapy is a relatively new profession in the health area and even more recent is its role in Primary Health Care (PHC). In recent years, physiotherapy has become part of the Family Health Strategy (FHS) through the Family Health Support Center (FHSC) and, with its participation in this level of care, new questions have arisen for the profession. Methods: This work presents a review of the literature regarding the insertion and performance of the physiotherapist within the PHC, focusing on the conflicts that arose in this new domain. Results and Discussion: Based on the analysis of selected texts, three categories were proposed: (i) insertion of the physiotherapist in Family Health; (ii) work process of the physiotherapist in Family Health; And (iii) conflicts in the work of the physiotherapist in Family Health. The texts analyzed revealed the effective contribution that physiotherapy has brought to Family Health, and the many obstacles that still need to be overcome. Conclusion: With a model aimed at an interprofessional performance, the FSH / FHSC ends up raising many questions regarding the role of the physiotherapist and its relationship with other professionals, users and management, for which bioethics has been presented as a way to this reflection.

**Key words**: Physical therapy, bioethics, Family Health, Primary Health Care

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, tendo em vista um acesso aos serviços de saúde que contemplasse a todos os indivíduos. Na atualidade, trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo. Segundo a lei 8.080, um dos objetivos do SUS é "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

O SUS traz como proposta princípios e diretrizes a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da assistência, a descentralização, a regionalização, a hierarquização de serviços de saúde e a participação popular (SIQUEIRA, 2013). Deste modo ele vem instituindo novas *práxis* quanto à produção da saúde, de acordo com o proposto na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em que é feita a Declaração de Alma-Ata, expressando a urgência de que todos os governos buscassem promover a saúde de todos os povos do mundo (ALMA-ATA, 2001). O documento enfatiza que a saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, representando, outrossim, um direito humano fundamental; ademais, revela a importância do cuidado primário em saúde, reforçando o dever de todos os governos de formular políticas, estratégias e planos nacionais de modo a estabelecê-lo (ALMA-ATA, 2001).

Seguindo esse compromisso do SUS de atenção integral à saúde, bem como a proposta quanto aos cuidados primários, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, de forma a reorientar o modelo de atenção em saúde no país com foco na APS (BRASIL, 1994). Posteriormente, em 2004, ele foi redimensionado em termos da Estratégia de Saúde da Família, através da portaria nº. 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

> vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país (BRASIL, 2009).

Assim a ESF foi estabelecida como forma prioritária para reorganização da APS no Brasil. Essa estratégia busca um enfoque no trabalho das equipes, no qual todos os profissionais devem atuar juntos no cuidado à saúde do usuário. Esse trabalho em equipe permitirá o desenvolvimento de uma nova abordagem, mais completa e abrangente, a qual pensa a saúde para além do campo estritamente biológico, considerando também os domínios psicossocial, ecológico, econômico e histórico, entre outros possíveis. A APS a descentralização do sistema

de saúde e deve ser o principal e preferencial contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Para fortalecer a estratégia, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – através da Portaria Nº. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008 –, pelo Ministério da Saúde (BRASL, 2008). O NASF deve se constituir de uma equipe de profissionais das diversas áreas de conhecimento que atuem em conjunto com os profissionais da ESF, oferecendo assim apoio e compartilhando das práticas em saúde das equipes da saúde da família. Para isto, os gestores municipais e as equipes da ESF devem definir esta composição seguindo critérios de prioridades de acordo com as necessidades locais e da disponibilidade de profissionais das diferentes ocupações, uma vez que o NASF se constitui como apoio às equipes de saúde da família e não como porta de entrada do sistema. Deve ser destacado que foi precisamente a partir do NASF a fisioterapia teve sua entrada na ESF (BRASIL, 2009).

O trabalho da fisioterapia nesse primeiro nível de atenção à saúde é algo ainda bem novo, mormente ao se considerar que se trata de uma profissão que tradicionalmente vinculada ao campo da reabilitação. Com base nessas considerações, o presente artigo tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura, buscando trabalhos que enfoquem a participação do fisioterapeuta na APS, com destaque para (i) seu processo de integração à equipe e (ii) suas visões sobre os conflitos surgidos nesse nível da atenção em saúde.

## MÉTODOS

Foi realizada revisão de literatura seguindo o método PRISMA (GALVÃO; PEREIRA, 2015). A busca dos estudos foi realizada na base de dados Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), buscando artigos publicados entre janeiro de 2003 a dezembro de 2016. Foram usados os seguintes descritores, obtidos nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): (1) Saúde da Família; (2) Atenção Primária à Saúde; (3) Fisioterapia e os mesmos termos traduzidos para o inglês. Quanto ao idioma foram selecionados artigos em língua portuguesa e inglesa.

***Tabela 1. Descritores e Base de Dados***

| Estratégias de Busca | Base de dados | |
|---|---|---|
| | *BVS* | Scielo |
| Atenção Primária à Saúde + Fisioterapia | 200 | 30 |
| Saúde da Família + Fisioterapia | 321 | 0 |

| *Total* |
|---|

*Fonte:* Dados coligidos pelos autores.

Foram incluídos estudos originais, relatos de casos, revisões bibliográficas e reflexões teóricas disponíveis na íntegra e contendo informações relativas à atuação do fisioterapeuta na APS e à inserção da fisioterapia na ESF, bem como sobre os conflitos surgidos nessa esfera de atuação. Também foram incluídas, neste estudo, algumas Portarias Ministeriais referentes à inserção da fisioterapia na ESF, bem como as Diretrizes do NASF. Foram excluídos estudos que abordam a realidade da fisioterapia na APS em outros países, devido ao interesse de abordar a realidade brasileira; foram igualmente excluídos estudos nacionais sobre APS e ESF que não tinham como enfoque a fisioterapia.

Os passos de seleção dos estudos e o número de artigos incluídos em cada um deles são sumariamente apresentados a seguir.

**1º passo**: Foram identificados na base de dados os seguintes números de citações: BVS = 521 e Scielo = 30. Após verificação de duplicidade entre os bancos de dados restaram 521 na BVS e três no Scielo, tendo sido excluídas as duplicidades do Scielo, uma vez que este apresentava menor número de artigos.

**2º passo**: Os títulos dos artigos foram analisados, procedendo-se a seleção daqueles que se relacionavam à reflexão sobre o papel do fisioterapeuta na APS/ESF, à inserção do fisioterapeuta na APS/ NASF e às dificuldades vivenciadas por esse profissional nesse nível da atenção em saúde. Após tal análise, selecionaram-se 81 artigos.

**3º passo**: Os resumos dos artigos escolhidos no 2º passo foram analisados e, nesta etapa, foram excluídos aqueles que estavam em desacordo com os critérios de inclusão e em acordo com os critérios de exclusão, tendo sido selecionados 44 artigos para leitura na íntegra.

**4º passo**: Os textos completos dos artigos selecionados no 3º passo foram recuperados e analisados, sendo excluídos nesse passo mais 13 artigos que estavam em desacordo com os critérios de inclusão e em acordo com os critérios de exclusão, restando um total de 31 artigos para compor a análise.

Após realizada a etapa de seleção, os artigos foram lidos e organizados na seção de resultados, sendo divididos em três categorias: (1) inserção do fisioterapeuta na ESF, (2)

processo de trabalho do fisioterapeuta na ESF e (3) conflitos na atuação do fisioterapeuta na ESF.

Não houve conflito de interesses dos autores na condução da presente investigação. Este estudo preenche os critérios para dispensa do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por se tratar de uma revisão com a utilização de dados de artigos científicos já publicados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Inserção do fisioterapeuta na Saúde da Família

A atuação do fisioterapeuta no NASF se dá por meio da:

> integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL, 2009).

Rezende e colaboradores (2009) apresentam uma crítica na forma que foi implantado o NASF, pois esse deve ser responsável por uma área grande, abarcando diversas equipes da ESF, limitando assim que seja feito um trabalho de cuidado integral como proposto originalmente. Desta forma demonstra a importância de pensar a fisioterapia para além da reabilitação, trazendo esta profissão para uma atuação na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na assistência (REZENDE et al., 2009).

Trabalhar no âmago da saúde da família ainda é um desafio para essa profissão, incluída recentemente na estratégia, dada a necessidade de atuação conjunta, integrada e intersetorial, a qual possa incorporar a participação dos usuários dentro do conceito de saúde do SUS (SOUZA et al., 2013). Já do seu momento de integração à APS, no SUS, a fisioterapia já mostrava uma contribuição relevante com “formação de grupos, visitas domiciliares e a participação em programas de saúde, não restringindo sua atuação apenas à assistência e reabilitação” (ARAÚJO, 2009). Além disso, sua atuação possibilita ações de baixo custo, criação de vínculo com a comunidade, bem como a educação continuada e recuperação da harmonia do corpo e do convívio social (BARAÚNA et al., 2008).

### Processo de trabalho do fisioterapeuta na Saúde da Família

O município de Sobral no Ceará foi um dos pioneiros na inclusão do fisioterapeuta na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda em 1999, tendo obtido êxito em trabalhar essa atuação dentro da lógica da prevenção de doenças, promoção à saúde e da assistência, ou seja, visando à atenção integral (VÉRAS et al., 2005). A despeito dessa experiência originária, até pouco tempo a atuação do fisioterapeuta no nível de APS ainda era pouco reconhecida e divulgada. Portes e colaboradores (2011) demonstram, em sua revisão de literatura, que começa a haver uma preocupação dos profissionais que atuam nessa área de divulgar tais práticas. Contudo, ainda se esbarra na questão do enfoque na doença – e não tanto em ações de promoção da saúde – e, também, na falta de capacitação dos fisioterapeutas quanto à educação em saúde, à gestão e à atuação interdisciplinar. Demonstra-se, assim, como a fisioterapia ficou estabelecida dentro do paradigma de doença do modelo biomédico (referência do Prof. Keneth Rochel Camargo) – e hospitalocêntrico – vigente, modelo que precisa ser desconstruído de modo a melhorar a inscrição desta profissão no modelo de saúde da família (PORTES et al., 2011).

Ainda há muita desinformação, também, de profissionais de outras áreas que ainda veem o fisioterapeuta dentro do paradigma da doença (SILVA; ROS, 2007; SUPERTI, 2013) ou que desconhecem qual deva ser a atuação desse profissional dentro da saúde da família (BELETTINI et al., 2013). Isto se deve ao histórico de formação desse profissional – na lógica curativa e reabilitadora –, na qual muito pouco é abordado em termos da atuação na promoção à saúde e na prevenção de agravos (SOUZA et al., 2012). Dentro do âmbito brasileiro, em sua maioria, o fisioterapeuta atua na esfera privada ou, quando no setor público, em áreas especializadas (COSTA et al., 2012). Portanto questões dentro da proposta do SUS como integralização foram deixadas de lado por muito tempo, limitando a visão sobre as possíveis atuações do fisioterapeuta (NEVES; ACIOLE, 2011).

Baena e Soares (2012) apontam algumas das consequências que poderiam ser evitadas por meio da atuação do fisioterapeuta, como “agravamento de determinadas situações, deslocamentos desnecessários da população, retardo na resolubilidade das situações e ônus ao sistema, tanto para a população quanto para os gestores em saúde”. Além disso, pontua que a atuação fisioterapêutica poderia contribuir para diminuição das internações hospitalares e para evitar que o usuário tenha que ser encaminhado a um nível de atenção mais complexo, quando poderia ocorrer a resolubilidade já na APS. Ainda em seu estudo, aponta que médicos e enfermeiros ressaltam a necessidade do profissional fisioterapeuta para atuar em questões de saúde envolvendo gestantes, crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, enfermos acamados (e seus cuidadores), pessoas com doenças osteomusculares, indivíduos com

dificuldade de deambulação, adultos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), crianças com moléstias pulmonares, deficientes físicos e amputados. É, portanto, destacada a necessidade desse profissional, apesar das equipes no estudo não terem tido contato direto com a fisioterapia no âmbito da APS (BAENA; SOARES, 2012).

As atribuições do fisioterapeuta na APS se dão no âmbito individual e no coletivo: atendimentos individuais, visitas domiciliares, orientação aos cuidadores (FORMIGA; RIBEIRO, 2012; SOUZA et al., 2012), educação em saúde e práticas corporais. Investigações têm demonstrado que ações do profissional têm sido desenvolvidas, com sucesso, neste nível de atenção, na saúde do idoso (AVEIRO et al., 2011) e na saúde da criança (DAVID, 2013). Ademais, ao longo dos últimos anos, pôde ser observado um maior interesse das universidades no preparo dos seus estudantes para o trabalho na APS, por exemplo, com a oferta de períodos de estágio, nos quais é permitida a vivência em unidades de atenção primária (MACIEL et al., 2005; MADRUGA et al., 2015). Este momento é de suma importância para a formação destes futuros profissionais, pois, muitas vezes, o estudante tem dificuldade de trazer o conceito de integralidade para sua prática e acaba por transportar para a atenção primária à saúde o modelo flexneriano de ensino-aprendizagem (MEDEIROS; NEVES, 2013).

Além dos já comprovados benefícios para a população, também o sistema de saúde beneficia-se da inserção da fisioterapia na APS, com participação na redução da demanda por medicamentos, o que leva à redução de gastos públicos e individuais com os mesmos. Há redução, também, das queixas álgicas, retardando o processo de degeneração funcional das pessoas que compõem uma dada população (LANGONI et al., 2012). Também, o usuário do sistema já começa a identificar a importância da atuação fisioterapêutica, mesmo ainda reconhecendo essa dentro do paradigma da reabilitação (FERRETI et al., 2015).

Desta forma, o perfil do profissional que irá atuar na ESF deve ser de formação generalista, apresentando flexibilidade e criatividade, empatia/compaixão, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS (GALLO, 2005).

**Conflitos na atuação do fisioterapeuta na Saúde da Família**

As informações sobre esse âmbito ainda são bastante exíguas na literatura. Algumas das questões que envolvem a atuação do fisioterapeuta no NASF são a baixa quantidade de profissionais compondo as equipes ou ausência destes em algumas áreas, impondo assim uma limitação no contato entre o usuário e o profissional nesse nível de atenção (DELAI; WISNIEWSKI, 2011). De fato, a presença de fisioterapeutas no NASF é consideravelmente menor do que em nível secundário e terciário, esferas nas quais sua atuação está melhor

estabelecida e definida (AZEVEDO, 2013). Com isso apresenta-se ainda a dificuldade de compreender a atuação deste no núcleo dentro do âmbito da promoção de saúde e a atuação integrada. No estudo realizado por Souza e colaboradores (2013), foi abordada a atuação do fisioterapeuta no NASF e avaliada a compreensão dos demais profissionais, gestores e usuários sobre esta. Através de entrevistas obtiveram-se as seguintes falas.

> "*A primeira vez que ele fez comigo ele orientou o cuidador, primeiro ele orientou com palavras e fez a demonstração. Ele, né?! E eu senti que da parte do cuidador fica até um pouco com receio* (...) *Eu particularmente já questionei porque ele próprio não vai executar o serviço. O questionamento é que falta profissional.*
>
> (Ent. 1; Grupo II)
>
> *Olha só eu tenho alguns pacientes que não gostam dessa maneira, né? De tá trabalhando com a fisioterapia, porque eles preferem que vá o profissional. Eles dizem que o profissional já conhece sabem fazer, eles não sabem fazer, que não tem tempo, que cuida da casa, né?*
>
> (Ent. 4; Grupo II)
>
> *Se tivesse mais profissionais da fisioterapia, poderia ser melhor, acho que tem pouco profissional.*
>
> (Ent. 3; Grupo II)
>
> (SOUZA et al., 2013) ".

Ainda para o usuário está presente a imagem do fisioterapeuta como aquele profissional reabilitador que atua em hospitais tratando doenças e lesões já instaladas e sem qualquer atuação na educação em saúde (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011).

Um problema muito identificado na atuação do fisioterapeuta é a questão do trabalho multiprofissional, que é uma das propostas fundamentais do NASF (SOUZA et al., 2012). Isso se deve a atuação deste profissional estar ligada, principalmente, às ações individuais. Um estudo feito com fisioterapeutas da ESF apontou dificuldades no trabalho em equipe multidisciplinar e falta de recursos e infraestrutura para sua atuação (DIBAI; AVEIRO, 2012). Além disso, muitas vezes, a atuação do fisioterapeuta não está adequada à proposta de integralidade do SUS; com efeito, este profissional acaba por atuar de forma isolada e demandando uma tecnologia para atuar que não estaria de acordo com sua atuação na APS (BARBOSA et al., 2010). Esse trabalho isolado prejudica o entendimento dos demais profissionais da área da saúde sobre como deve ser a participação da fisioterapia na APS. Deste modo alguns trabalhadores de outras áreas apresentam como um problema para a atuação do fisioterapeuta na APS a falta de tecnologia e de espaço planejado, demonstrando assim como a atuação desse profissional está diretamente ligada à reabilitação e a um grande aparato

tecnológico, mesmo na APS (FERNANDES et al., 2016; FERRETI, 2014; BRITO; NOVAIS, 2011).

Também ocorre a necessidade de consolidação do fisioterapeuta no apoio matricial e no planejamento coletivo das ações, justificando-se esse entrave pela grande demanda de atendimento fisioterapêutico e pelos poucos profissionais atuando e com baixa carga horária (BRAGHINI et al., 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do fisioterapeuta na APS é fundamental para que este possa atuar, positivamente, na vida do indivíduo – antes que a doença já esteja instalada –, possibilitando a redução dos danos à saúde e a demanda na atenção secundária e terciária.

Para a sua incorporação na APS, é necessária uma releitura do papel da fisioterapia, que deverá ir além das abordagens individuais, colocando-se também no âmbito da ação coletiva. É preciso, igualmente, laborar para que a fisioterapia ultrapasse o paradigma biomédico da doença – com foco apenas em ações de reabilitação – e trazê-la para a práxis na lógica ampliada da saúde, com ênfase no cuidado integral.

Nesse sentido, entendemos que a noção de deliberação, conforme elaborada por Zoboli e Soares (2012), pode fornecer um importante auxílio como um caminho para o reconhecimento dos problemas existentes em sua prática. "*A deliberação foi descrita como processo de autoeducação, quase autoanálise, proporcionando transformações na prática profissional e mudança de atitudes, permitindo que se identifiquem, interpretem e abordem os problemas éticos.*" (ZOBOLI; SOARES, 2012) De modo similar, Nora e colaboradores (2015) concluem que:

> a deliberação revela-se meio e instrumento para sistematizar o manejo de problemas éticos, funcionando como via de educação permanente, que auxilia no desenvolvimento da competência, da sensibilidade ética e das habilidades críticas e dialógicas necessárias para conduzir a reflexão, discussão e resolução prudente e corresponsável das situações eticamente problemáticas (NORA et al., 2015).

Ressalte-se que, para atuar na APS, o fisioterapeuta necessita de um preparo que vá além de questões técnicas e, portanto, torna-se imprescindível um preparo para a reflexão diante dos conflitos que este profissional enfrentará nesse nível de atenção. Sua vivência dentro da equipe é permeada por desafios para sua experiência profissional que precisam ser bem refletidos. A fisioterapia, mesmo no NASF, muitas vezes é relegada a uma atuação de forma isolada. Impõe-

se ao fisioterapeuta então o desafio de vencer essa barreira, para uma atuação efetivamente integrada com a equipe multiprofissional.

O trabalho na ESF traz novos desafios teóricos, em diferentes frentes, como, por exemplo, as questões bioéticas identificadas por Vidal e colaboradores (2015): “ (1) as relações entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde; (2) as relações entre os profissionais no domínio da equipe; e (3) as relações ético-políticas na esfera do SUS” (VIDAL et al., 2015), cujos achados foram corroborados em outras investigações correlatas (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015; SIMAS et al., 2016). Assim, a reflexão sobre os conflitos percebidos na atuação do fisioterapeuta no paradigma do cuidado integral deve levar em conta, no contexto de complexidade da APS, aspectos éticos e bioéticos que auxiliem esse profissional na sua identificação, compreensão e superação.

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, J. C. S. Inserção da Fisioterapia na atenção básica: um caminho necessário a percorrer em saúde pública. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; 2009.

AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva.** 2011

AZEVEDO, P. W. Análise da fisioterapia no SUS: perfil epidemiológico da macrorregião sul do Rio Grande do Sul. Projeto de Pesquisa para conclusão de curso de Especialização em Informática Científica e Tecnologia em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição. Orientador Me. Raphael Maciel da Silva Caballero. Porto Alegre, 2013

BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Information gathered with health team to support the insertion of physical therapy in Family Health strategy. **Fisioter. mov**., v. 25, n. 2, p. 419-431, Jun, 2012.

BARAÚNA, M.A. et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. **Fisioter. Bras**., v. 9, n. 1, p. 64-69, jan-fev, 2008.

BARBOSA, E.; FURBINO, S.; FERREIRA, D. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.** v. 23, i. 2, p. 323-330, 2010.

BELETTINI, N. P. et al. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. **Fisioter. Bras**., v. 14, n. 6, p. 433-438, nov-dez., 2013.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. Fisioter. mov. [Internet], v. 29, n. 4, p. 767-776, Dez., 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 692, de 25 de março de 1994.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 648, de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica- Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF nº27, 2009.

BRITO, G.; NOVAIS, B. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. **Rev APS**, v. 14, n. 4, p. 424-434, out/dez, 2011.

CARVALHO, S. T. R. F.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Fisioter. mov**., v. 24, n. 4, p. 655-664. Dez., 2011.

COSTA, L.R. et al. Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. **Rev. bras. fisioter**., v. 16, n. 5, p. 422-430, Out., 2012.

DAVID, M. L. O. et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 120-129, Mar. 2013.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001, p.15

DELAI, K. D.; WISNIEWSKI, M. S. W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva,** v. 16, Sup. 1, p. 1515-1523, Jan., 2011.

DIBAI FILHO, A. V.; AVEIRO, M. C. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca- AL, Brasil. **Rev. Bras. Prom. Saúde,** v. 25, n. 4, 2012.

FERNANDES, J. M. et al. NASF's tools and practices in health of physical therapists. **Fisioter. mov**., v. 29, n. 4, p. 741-750, Dez., 2016.

FERRETTI, F.; LIMA, L.; ZUFFO, A. Perception of the Family Health Program professionals about the need for insertion of physiotherapist in the team. **Fisioter. mov**., v. 27, n. 3, p. 337-347, Set., 2014.

FERRETTI, F. et al. Physical therapist insertion in the Family Health Strategy team: the users' view. **Fisioter. mov**., v. 28, n. 3, p. 485-493, Set., 2015.

FORMIGA, N.; RIBEIRO, K. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde,** v. 16, n. 2, p. 113- 122, 2012.

GALLO, D. L. L. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2005.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M .G. Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 333-334, Jun., 2015.

LANGONI, C. S.; RESENDE, T. L.; VALMORBIDA, L. A. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. **Revista Brasileira de promoção à saúde.** v. 25, n. 3, jul-set, 2012.

MACIEL, R. et al. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino da fisioterapia. **Fisioter. Mov.,** v. 18, n. 1, p. 11-17, 2005.

MADRUGA, L. M. S. et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface** (Botucatu), v. 19, Sup. 1, p. 805-816, 2015.

MEDEIROS, D.; NEVES, R. Análise crítica das práticas na Atenção Primária à Saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. **Rev. Baiana de Saúde Pública.** v. 37, n. 1, p. 87-105, jan./mar., 2013.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 551-564, Jun., 2011.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bioét**. (Impr.), v. 23, n. 1, p. 114-23, 2015.

PORTES, L. et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS,** v. 14, n. 1, p. 111-119, jan/ mar, 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino- am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027- 34, 2005.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta**. Ciênc. saúde coletiva**, v.14, sup.1, p. 1403-1410, 2009.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, Dez., 2007.

SIMAS, K. B. F. et al. (Bio)Ethics and Primary Health Care: preliminary study on Family Clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Bioethics and family health strategy: mapping problems. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 24, p. 113-128, 2015.

SIQUEIRA, J. E. 25 anos de SUS: o que há pra se comemorar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013.

SOUZA, M. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 2, p. 176-84, 2013.

SUPERTI, M. Competências profissionais para a atuação fisioterapêutica em apoio matricial. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 5, p. 1.248-53, 2012

VÉRAS, M. M. S. et al. A fisioterapia no programa de Saúde da família de Sobral CE. **Fisioter. Bras.**, v. 6, n. 5, p. 345- 348, set-out., 2005.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA- BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saude soc**. [online], v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015.

## 4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO: OS QUESTIONÁRIOS

Esta pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro com fisioterapeutas que atuavam na modalidade NASF 1, tendo sido realizado contato inicial com os coordenadores de cada área e, posteriormente, feita a apresentação da pesquisa aos profissionais em reuniões do NASF. O período de participação das reuniões, bem como a entrega dos questionários para os profissionais se deu entre outubro de 2016 e junho de 2017.

Responderam ao questionário oito fisioterapeutas. Quanto a identificação de sexo, dois fisioterapeutas eram do sexo masculino, cinco do sexo feminino, e um não respondeu a esta pergunta. Quanto ao fator idade, as respostas variaram entre 29 e 49 anos. Quanto à etnia, cinco profissionais se identificaram como brancos e três não identificaram sua etnia. Na pergunta sobre o nível de escolaridade, seis profissionais apresentavam alguma especialização, um apresentava mestrado e um apenas o superior completo. O tempo de atuação dos profissionais variou entre cinco a dezessete anos de atuação fisioterapêutica. No quesito tempo de atuação na saúde da família e na atual ESF, a maioria das respostas foi de até cinco anos atuando em ambas. Isso se dá muito provavelmente pela forma de entrada deste profissional no serviço, que acontece através de contrato anual podendo ser continuado por mais um ano ou não, não se dando, portanto, por meio de concurso público. Este fator apresenta-se como problemático visto a proposta da ESF/NASF ser de criação de vínculo entre o profissional e o usuário. Portanto esta forma de contratação não garante uma permanência do profissional no serviço e dificulta o processo de criação de vínculo entre os profissionais ali atuantes e a comunidade.

Costa e colaboradores (2014) apresentam uma boa resolubilidade do cuidado na APS às ações realizadas pelas equipes de ESF e NASF de forma conjunta, produzindo vínculo com o usuário e autonomia deste no processo de trabalho. Contudo, apresentam como problemas questões referentes à alta rotatividade de profissionais, a ainda existente prevalência do modelo biomédico, as condições de trabalhos e as dificuldades na formação de equipes completas. Tal situação com equipes de saúde incompletas acaba por aumentar as filas e gerar demora no atendimento ao usuário.

A Tabela 1 apresenta o perfil profissional dos fisioterapeutas que participaram da pesquisa, tendo cada profissional respondido a um questionário individualmente.

Tabela 1. Perfil profissional dos fisioterapeutas participantes da pesquisa

| Fisioterapeutas participantes da pesquisa | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Nível de escolaridade | Tempo de exercício da profissão | Tempo de trabalho em saúde da família | Tempo de trabalho na atual ESF |
| Q 1 | Especialização | 16 anos | 2- 5 anos | 0-1 ano |
| Q 2 | Mestrado | 17 anos | 2-5 anos | 2-5 anos |
| Q 3 | Especialização | 13 anos | 2-5 anos | - |
| Q 4 | Especialização | 5 anos | 0-1 ano | 0-1 ano |
| Q 5 | Superior | 6 anos | 11-15 anos | 6-10 anos |
| Q 6 | Especialização | 16 anos | 6-10 anos | 2-5 anos |
| Q 7 | Especialização | 6 anos | 2-5 anos | 2-5 anos |
| Q 8 | Especialização | 15 anos | 2-5 anos | - |

**Fonte:** Informações dos questionários entregues aos fisioterapeutas (Q = Questionário)

Foi identificado nas respostas dos profissionais, como será apontado na sequência de avaliação dos questionários, que não havia relação entre o tempo de exercício profissional e a capacidade de identificar problemas bioéticos. Contudo, aqueles profissionais que apresentavam menos tempo de trabalho na atual ESF não identificaram problemas bioéticos em sua atuação. Isto pode ser explicado por dois fatores: primeiro, por ter pouco tempo de atuação no NASF o profissional ainda não se deparou com tais problemas; segundo, por ter pouco tempo no NASF este profissional ainda não é capaz de perceber que determinadas situações que ele vive em seu processo de trabalho sejam efetivamente problemas de ordem ética e/ou bioética.

Desta forma, selecionamos as respostas obtidas na primeira seção de perguntas abertas dos questionários entregues, que se referiam a problemas bioéticos enfrentados pela equipe em três categorias, com base nas categorias apontadas por Zoboli e Fortes (2004) – e rediscutidas por Vidal e colaboradores (2015) –, tendo sido realizada a devida adequação de acordo com a leitura das respostas: (1) problemas éticos e/ou bioéticos na relação usuário-profissional/equipe no NASF; (2) problemas éticos e/ou bioéticos na relação entre os profissionais e/ou equipe no NASF; (3) a não identificação ou ausência de problemas éticos e/ou bioéticos. Posteriormente avaliamos a segunda seção de perguntas abertas nos questionários, que se referem ao conhecimento dos profissionais sobre os conceitos de ética e bioética.

*4.1.1 Problemas bioéticos na relação usuário- profissional/equipe do NASF*

Nas respostas obtidas no questionário não houve menção a situações envolvendo especificamente a atuação do fisioterapeuta no NASF em atendimento individual. A ausência de tais respostas pode estar associada a dois fatores: (1) os fisioterapeutas têm atuado dentro da equipe multiprofissional e, portanto, vivenciado mais problemas referentes à atuação em equipe e menos referentes ao atendimento individual; (2) ou os fisioterapeutas não identificam que os problemas que surgem nos atendimentos fisioterapêuticos individuais sejam de natureza bioética.

No questionário número 2 (Q2) é apresentada pelo profissional – como questão bioética – uma situação vivenciada pela equipe em sua atuação no âmbito das visitas domiciliares. Neste o profissional identifica uma situação crítica em ter que realizar uma abordagem em relação a questões sanitárias na residência visitada. Entende assim que nesse momento houve uma crise sobre como lidar com uma questão que envolvia o âmbito dos cuidados domésticos. Aponta também a necessidade de uma sensibilidade por parte da equipe e/ou o profissional de modo a realizar uma abordagem positiva que renda um efeito benéfico sobre a família envolvida. A situação é assim relatada:

> Ao realizar a visita domiciliar a equipe da saúde da família e o NASF identificou em uma casa a presença de vetores (baratas) e tivemos questões éticas e bioéticas a resolver. (Q2)

Quando perguntado como a equipe resolveu a questão, o profissional esclarece quanto a dedicação da equipe em estabelecer um diálogo com a família.

> Tivemos que explicar e convencer a família quanto a importância da limpeza, porém ocorreu resistência da família. (Q2)

Não é apontada uma busca de bibliografia para auxiliar na solução do problema identificado, contudo é afirmado que houve êxito em solucionar o problema identificado através de reuniões entre os profissionais e mais visitas domiciliares.

> [...] tivemos reuniões de equipe, consultas com os pacientes (família) e mais visitas domiciliares. (Q2)

> [...] a família limpou e organizou a casa, retirando as baratas. (Q2)

Ao ser perguntado sobre as consequências de tais problemas é apontada uma consequência positiva, mediante tal desafio vivido pela equipe.

> A principal consequência foi o aprendizado da equipe em lidar com pessoas diferentes, o manejo da situação foi o grande aprendizado como convencer quanto a importância da retirada dos vetores, especialmente porque eram pessoas insatisfeitas com o serviço. A equipe precisou ter muita sensibilidade para lidar com a família. (Q2)

A atuação do fisioterapeuta no NASF envolve em muitos momentos visitas domiciliares, esse fator traz em si questões delicadas, em que é necessária uma responsabilidade empática por parte do profissional de modo a não ser invasivo no ambiente domiciliar, e ao mesmo tempo possibilitando uma atuação que não negligencie orientações importantes para o usuário (NOGUEIRA, 2000; VIANA et al., 2013).

Quando o profissional percebe essa oportunidade de uma visita domiciliar como uma possibilidade de troca com o usuário essa pode render efeitos positivos. Nesse momento é necessário abster-se de preconceitos, como na situação acima descrita, que o levariam a questionar a higiene dos indivíduos ali residentes e pensar como produzir um conhecimento nesse indivíduo atrelado a vivência do mesmo (BARROS; GOMES, 2011; MEDEIROS et al., 2012).

Também nessa situação descrita apresenta-se um fator importante que é a insatisfação do usuário com o serviço. Tal questão vai influenciar diretamente na possibilidade de este seguir as orientações dos profissionais da equipe. Aqui se percebe, então, a importância da criação de um vínculo entre o usuário e a equipe de modo a produzir um cuidado integral.

Muitas vezes o profissional queixa-se sobre o usuário por este não seguir suas orientações. Este fator é muito recorrente na atuação do fisioterapeuta em particular, pois esta, geralmente, não envolve apenas o momento do atendimento em si, mas cuidados que devem ser tidos nas atividades de vida diária do indivíduo atendido. Desta forma, o profissional pode acabar culpabilizando o indivíduo por sua negligência em seguir tais orientações, desconsiderando assim outros fatores que poderiam prejudicar a recepção deste a estas (TORRES et al., 2009). Assim como apontado na fala do profissional, no questionário 2, a insatisfação do usuário quanto ao serviço pode criar uma resistência neste referente a qualquer

fala dos profissionais ali atuantes, criando assim um bloqueio na comunicação. Nesse momento é importante que o profissional e/ou a equipe sejam capazes de fazer uma abordagem de modo a restabelecer essa comunicação (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

*4.1.2 Problemas éticos e/ou bioéticos na relação dos profissionais e/ou equipe no NASF*

No questionário 3 (Q3) é apresentada uma situação que pode ser 'lida' em termos da relação NASF-ESF. Aqui o problema identificado é quanto às interconsultas, demonstrando assim a dificuldade que ainda há por parte de profissionais da ESF em compreender o trabalho do NASF.

> Considero, que em relação as interconsultas (NASF + ESF), muitas vezes ainda existam grandes dificuldades. (Q3)

Quando perguntado sobre como a equipe abordou tal problema, é respondido:

> Deixando um espaço reservado na agenda NASF, disponível para cada ESF; lembrando médicos e enfermeiros sobre necessidade de agendamentos. (Q3)

Quando questionado se houve necessidade do uso de uma bibliografia ou de um consultor para auxiliar na solução de tal problema, é apontada a necessidade de esclarecimento quanto ao papel do NASF.

> Algumas vezes foram citados tópicos na tentativa de descrever o trabalho do NASF de uma forma mais clara. (Q3)

Assim, aqui se apresenta a necessidade do NASF ainda precisar esclarecer aos profissionais da ESF sobre suas habilidades. Tendo tal situação descrita gerado consequências que acabam acarretando prejuízo ao usuário.

> Nesse caso específico, o principal prejudicado é o paciente (que muitas vezes precisa se deslocar várias vezes até a unidade). (Q3)

A dificuldade de percepção por parte de gestores, profissionais da ESF e usuário quanto a proposta de trabalho trazida pelo NASF traz grande sofrimento aos profissionais que ali atuam (FREDERICO, 2016). Como a entrada do NASF no sistema é nova ainda há muita dificuldade em compreender como este deve funcionar. Ainda há uma expectativa por parte dos profissionais da ESF que os profissionais do NASF deem assistência e supram uma busca por especialização, fugindo assim a real proposta do NASF o que pode levar a uma sobrecarga de trabalho e de exigências. O NASF acaba sendo uma forma de passar um problema, muito mais do que sendo uma possibilidade de ação conjunta e compartilhada, chegando a ser muitas vezes inclusive a porta de entrada no sistema. Tal descompasso entre as expectativas e necessidades percebidas pela ESF e o processo de trabalho do NASF, torna tal processo paradoxal e compromete sua efetivação (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Lancman e colaboradores (2013) analisam as situações de trabalho em dois NASFs e apontam para ações diversificadas e complexas envolvendo tal trabalho. Os autores apresentam a dificuldade da equipe da ESF em pactuar ações com o NASF, passando este último a atuar de forma isolada. Também é apontado que os instrumentos de avaliação não contemplavam a complexidade e especificidade do trabalho realizado pelos núcleos. Muitas vezes os profissionais dos núcleos sentem que não são bem aproveitados, ou seja, subutilizados.

Para que a proposta de trabalho entre ESF e NASF se desenvolva e este último possa auxiliar aquele primeiro é necessário que haja investimento nos processos comunicativos dentro das equipes e entre elas, de modo a haver a construção de um espaço de confiança e respeito, a fim de desenvolver as parcerias necessárias para o desenvolvimento do trabalho no modelo inicialmente proposto (BARROS et al., 2015).

Além disso, o profissional também aponta encontrar dificuldades em relação a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

> Outra questão relevante é a dificuldade para elaboração de um PTS coerente. (Q 3)

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014), o PTS deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar e construído numa articulação entre a equipe e o usuário, sendo consideradas as singularidades do sujeito individual ou coletivo. Este tipo de projeto geralmente deve ser realizado em situações mais complexas e apresenta-se como um grande desafio à organização tradicional do processo de trabalho em saúde.

Além disso, o PTS envolve avaliar as dimensões subjetivas, bem como *cartografar* o contexto social e histórico do indivíduo ou coletivo a quem este se dirige. Também é importante na elaboração do PTS explicitar e trabalhar as diferenças, conflitos e contradições, assim como as divergências de expectativas, de modo a pactuar consensos possíveis entre os envolvidos neste processo. Utilizar o PTS permite reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde, porém também exige disponibilidade afetiva e tempo, portanto, é necessária a distribuição de responsabilidades, o que demanda equipes bem articuladas (BRASIL, 2013). Portanto, para tal é necessário que equipes de ESF e NASF estejam bem integradas e assumam um processo de corresponsabilização.

No questionário 5 é apresentado como problema ético e/ou bioético questões atinentes à relação entre profissionais da ESF e profissionais já antigos do sistema de saúde que não atuam na lógica do sistema ESF/NASF.

> Quando um funcionário estatutário do CMS falou para um paciente que os funcionários da Estratégia Saúde da Família não sabiam trabalhar e só atrapalhavam. (Segundo o paciente) (Q5)

A abordagem ao problema foi através de uma conversa com a gerente da ESF que por sua vez se dispôs a conversar com a diretora do Centro Municipal de Saúde (CMS). Dessa forma a solução apontada foi o diálogo entre a gerência e a direção para orientar os funcionários.

> Conversou-se com a gerente da ESF e essa disse que falaria com a diretora do CMS. (Q5)

O profissional aqui apresenta como consequência deste problema prejuízo ao usuário.

> O mau atendimento ao cadastrado/paciente. (Q5)

Percebe-se aqui como uma relação ruim entre os profissionais pode prejudicar os atendimentos prestados. E como a conduta do profissional ao abordar um tema que deveria ser falado em uma reunião ou em conversas entre os profissionais e não com o usuário, pode afetar a percepção deste em relação ao serviço, bem como sua confiança neste (VALENTIM; KRUEL, 2007).

No questionário 6, o problema identificado pelo profissional é relativo às discussões em equipe.

> Nas discussões de casos, algumas vezes os profissionais ultrapassam a esfera profissional, colocando opiniões pessoais que não contribuem para a resolução do caso. (Q6)

Quando perguntado como a equipe abordou tais problemas, foi dito:

> Não houve interferência dos profissionais responsáveis pela reunião, sendo uma prática rotineira nas equipes. (Q6)

O profissional também relata não terem buscado nenhuma bibliografia, nem um consultor para solucionar tal problema, bem como não ter havido solução para o problema identificado. Como consequência, é apontada a dificuldade em resolver o caso devido a uma visão pessoal do profissional que não dispunha de um olhar amplo em relação ao usuário.

> Dificuldade da resolução do caso, já que mistura condutas profissionais com opiniões pessoais. Não enxergando a real necessidade do paciente. (Q6)

Podemos perceber aqui na fala do profissional como as questões éticas dos profissionais muitas vezes são guiadas por uma moral do indivíduo, baseada na cultura e valores deste, em detrimento da cultura e valores do outro a quem se está prestando o cuidado, ou seja, o usuário (PESSALACIA et al., 2010)

No questionário 7, o profissional identifica um problema relativo à comunicação entre os profissionais.

> Falta de comunicação entre os profissionais gerando hipóteses diversas sobre o assunto. (Q7)

Quanto à forma de abordar tal problema é apontada a articulação entre os profissionais envolvidos.

> Buscando todos os envolvidos para melhores esclarecimentos de maneira conjunta. (Q7)

O profissional afirma ter sido solucionado tal problema, completando como foi possível solucioná-lo.

> [...]. Expor a situação para todos os envolvidos e falar sobre ela. (Q 7)

Aponta ainda como principais consequências deste tipo de problema:

> Conflitos entre profissionais. Prejuízos profissionais. (Q 7)

Dentre os papéis do NASF estão: potencializar a APS, auxiliar na reorganização da rede de atenção secundária e terciária, reestruturar a atenção à saúde para reduzir a medicalização, corresponsabilização do cuidado e atuar no ensino e educação permanente. Apesar disso, existe a preocupação de que o NASF não assuma competências dos outros níveis de atenção, risco este presente devido à demanda da população e filas de espera para os demais serviços de saúde (SILVA et al., 2012).

Quanto às questões enfrentadas pelos profissionais que atuam no NASF tem-se um contraponto entre a formação inicial nos cursos da área da saúde e as competências profissionais exigidas no processo de trabalho no NASF. Neste último as exigências são relativas à reflexão crítica, visando a abordagem ao paciente, acolhimento, escuta ativa, comunicação e trabalho em equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Contudo a formação dos profissionais de saúde ainda se apresenta centrada no modelo biomédico, que torna o saber fragmentado e especializado, e estes acabam por levar tal conhecimento à prática assistencial (ALBUQUERQUE et al., 2009; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013). Tal formação, portanto, não atende às necessidades do SUS e da APS.

De fato, na literatura, tem sido percebida a ainda presente falta de entendimento pleno quanto ao papel do NASF, bem como a deficiência dos profissionais em ações de *matriciamento* que deveriam ser realizadas em conjunto entre ESF e NASF.

Segundo Magalhães (2014):

> Destacam-se ainda outros problemas estruturais da APS, como as questões de infraestrutura, a falta de apoio dos gestores, a sobrecarga de trabalho impulsionada por cobrança de produtividade e a fragmentação da atenção. (MAGALHÃES, 2014)

Deste modo o NASF ainda tem enfrentado o desafio de ser percebida com clareza sua proposta e ainda de preparar os profissionais que ali atuam dentro dessa nova lógica de funcionamento.

### *4.1.3 A não identificação ou ausência de problemas éticos e/ou bioéticos*

De oito questionários entregues e preenchidos, três não apresentaram a identificação de algum problema ético e/ou bioético na atuação do profissional no NASF. No questionário 1, o profissional relatou ter sido abordado em algum momento o assunto da bioética em uma reunião, contudo não foram relatados mais detalhes sobre tal abordagem. No questionário 4, o profissional afirma não ter presenciado até o momento algum problema bioético. E, no questionário 8, perguntas acerca da identificação de algum problema bioético não foram respondidas pelo profissional. Ainda no momento de buscar os profissionais para participar da pesquisa houve alguns que não desejaram participar da pesquisa, tendo justificado não se sentirem aptos a responderem às perguntas apresentadas. Tal dificuldade em apontar problemas de ordem ética e/ou bioética em sua vivência profissional pode se dar por dois motivos: efetivamente não houve esse tipo de problema ou o profissional apresenta dificuldade em compreender/identificar o que seria um problema bioético (MOTTA, 2012).

Zoboli e Soares (2012) levantam a importância de saber problematizar para deliberar. O profissional na APS está cercado de conflitos em sua atuação e saber identificá-los é fundamental para se chegar a uma compreensão e reflexão sobre o mesmo e, por fim, a uma solução ou soluções possíveis. Como os profissionais da área da saúde ainda sofrem com uma formação ética limitada a uma ética deontológica, estes muitas vezes têm dificuldade em identificar conflitos éticos em sua atuação, e se não conseguem identifica-los, a reflexão e solução ficam impedidas de ocorrerem (FIGUEIREDO et al., 2013). Uma formação bioética faz-se então indispensável a esse profissional atuante na APS, esta formação o afastará de agir de forma mecânica e doutrinada, entendendo que a APS traz muitas questões novas e desafiadoras.

Vidal e colaboradores (2014) destacam a invisibilidade dos problemas bioéticos na APS/ESF, bem como a dificuldade de se chegar a soluções para aqueles ali identificados. Os autores formulam a hipótese de que espaços de educação permanente poderiam ser úteis para estabelecer diálogo, assim como construir melhores relações entre os membros da equipe.

Santos (2016) descreve em sua pesquisa com docentes do curso de fisioterapia que estes costumam ter dificuldade em identificar problemas de ordem ética e/ou bioética, sendo estes profissionais os que deveriam estar aptos a capacitar os acadêmicos para a atuação fisioterapêutica. Reforça ainda que a formação do fisioterapeuta ainda está centrada em questões tecnicistas, sendo questões bioéticas consideradas de menor importância ou em alguns casos sem importância efetivamente. Portanto, vemos aí uma falha já no período de formação dos futuros profissionais, bem como nos próprios profissionais já formados que são incumbidos de transmitir o conhecimento acerca do fazer fisioterapêutico.

Badaró e Guilhem (2008) confirmam a ainda incipiente produção relacionando fisioterapia e bioética, e apontam para a necessidade de haver um preparo dos fisioterapeutas no sentido de lidar com tais questões:

> Independentemente da complexidade e do tipo dos estudos, há unanimidade entre os autores quanto à necessidade de se prepararem os fisioterapeutas para enfrentar os conflitos éticos que as mudanças no perfil epidemiológico da saúde estão provocando. As reflexões remetem ao questionamento sobre o desenvolvimento moral dos fisioterapeutas, que deve ser estimulado durante o processo de sua formação, por meio da inclusão de situações concretas encontradas na prática clínica. (BADARÓ; GUILHEM, 2008)

### *4.1.4 Conhecimento dos profissionais sobre os conceitos de ética e bioética*

Na segunda seção do questionário, quando perguntado sobre a primeira palavra que vinha a mente ao ouvir o termo ética, foram mencionadas palavras como “responsabilidade profissional”, “ordem”, “disciplina” e “regras aceitas socialmente”, “princípios”, “respeito”, “boa conduta”, “moral”.

Quando perguntado o mesmo sobre o termo “bioética” foi respondido: “vida”, “ordem em conduta da saúde”, “delimitação da área de atuação dos profissionais de saúde”, “cotidiano”, “respeito à vida”, “direitos”.

As respostas quanto ao que seria ética estiveram muito vinculadas a questões normativas e a regras. Apesar de algumas das palavras utilizadas para descrever ética e bioética passarem perto de uma descrição sobre os termos, percebemos a ainda incipiente capacidade dos profissionais em compreenderem ambos.

Quando perguntado se o profissional conhece algum conceito de ética e bioética, dois responderam não conhecer nenhum conceito e um não respondeu à pergunta, as demais respostas abordavam questões como seguir o código de ética da profissão e postura no ambiente de trabalho ou pautadas em conhecimento popular. Não foi considerado o processo de construção de uma ética e/ou bioética reflexiva.

Sim. Só os de artigo de internet, não aprofundamento em livros ou pesquisas. (Q1)

Apenas o conceito popular; no fundo ela é uma coisa simples: “Não faça aos outros o que não gostaria que fizessem com você”!!! E o código de ética da minha profissão. (Q2)

Acredito que ambas “delimitam” ações ao que se supõe como aceitáveis. Ética em relação ao comportamento em sociedade e Bioética na área da saúde. (Q3)

Não creio que seja um conceito propriamente dito, e sim uma postura adotada após a minha vivência no trabalho e bagagem acadêmica. (Q4)

Ética - conjunto de regras e preceitos de valor moral. Bioética - campo que aborda as implicações morais dentro de pesquisas científicas. (Q7)

Quando perguntado sobre o que entende por ética, os profissionais responderam:

Responsabilidade profissional, tendo reflexão do que será feito. (Q1)

Ética é um conjunto de valores compartilhados por um grupo de pessoas que normatiza e direciona atitudes e condutas para a vida em sociedade. (Q2)

“Limite” dos comportamentos / ações, considerados aceitáveis em uma sociedade. (Q3)

Moral e princípios. (Q4)

Conjunto de regras que norteam um indivíduo, o trabalho e/ou a maneira de cada local. (Q5)

Conjunto de normas a serem seguidas, visando o respeito pelo limite do próximo. (Q6)

> Valores morais, respeito ao ambiente e ao colega de trabalho, integridade. (Q7)
>
> É tudo que representamos de forma legal. (Q8)

Apesar de ter havido respostas abordando questões de valores morais e até princípios, podemos questionar aqui: quais princípios e qual moral seria essa a ser observada pelo profissional? Diferentes grupos de pessoas – seja por distinção nacional, regional ou cultural entre outras –, apresentam díspares conceitos sobre qual moral ou quais princípios devem seguir. Um profissional de saúde se depara, então, com diversos tipos de realidade e é preciso que este esteja habilitado, com adequado referencial teórico-prático, acerca de questões éticas e bioéticas de modo a ampliar seu olhar diante de uma situação por ele vivida.

Quando perguntado sobre o que entende por bioética os profissionais afirmaram

> Vida e saúde, termos que se completam e usados para dirimir conflitos. (Q1)
>
> Um conjunto de valores ligado às ciências biológicas. (Q2)
>
> Conjunto dos comportamentos esperados das pessoas atuando na área da saúde. (Q3)
>
> Moral e princípios aplicados ao meu ambiente de trabalho (ambulatório / UTI), postura ao lidar com meus pacientes e colegas de trabalho. (Q4)
>
> Conjunto de regras para trabalhos científicos que envolvam seres humanos. (Q5)
>
> É a ética aplicada as situações da saúde. (Q6)
>
> Valores morais dentro do campo científico. (Q7)

Aqui nesse relato parece haver uma “boa intenção” quanto do profissional sobre o que deveria ser um agir ético e/ou bioético, contudo ainda fica restrito a vivência de cada profissional, algo ainda do âmbito individual, não considerando que deveria haver um preparo para tal ação. Nas respostas obtidas os profissionais em sua maioria transparecem não ter

recebido uma formação em bioética, desse modo esse campo do saber vai ser desenvolvido de acordo com a vivência de cada um e sua “sensibilidade” em relação a sua atuação.

Ferreira e colaboradores (2015) afirmam que “buscar refletir sobre questões éticas pode ajudar a desenvolver nosso vocabulário moral, uma vez que permite expandir as possibilidades decisórias frente a um caso concreto”. E nesse sentido é importante que o profissional não se atenha apenas a ética deontológica quando se depara com decisões a serem tomadas. Isso não significa que este deverá justificar cada decisão tomada, mas sim que poderemos ser mais contundentes e coerentes em nossas convicções ao utilizarmos os referenciais da Bioética (FERREIRA et al. 2015; LADEIRA, 2017).

Quando perguntado sobre conceitos como respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, proteção, compaixão, em metade dos questionários foi respondido haver desconhecimento em relação a tais termos, um não respondeu a tal pergunta e três afirmaram conhecer tais conceitos. Em dois questionários as respostas são complementadas.

> Sim. Negligência, imprudência e imperícia. (Q4)

> Não recordo de ter lido, mas creio que todos esses termos estão em nosso dia a dia das unidades. (Q3)

Quando citada a afirmação “Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho pautado nos princípios da ética e bioética” e perguntado a percepção do profissional sobre esta foi respondido:

> A respeito dos princípios, todos os profissionais devem agir de acordo, pois isso viabilizará o melhor atendimento possível. (Q1)

No questionário 1, o profissional respondeu anteriormente não conhecer os conceitos listados que se referem aos princípios da Bioética Principialista, Bioética do Cuidado e Bioética da Proteção. Fica, portanto, a indagação quanto a fala dele sobre respeitar princípios: quais princípios ele considera importante seguir.

> Os códigos de ética e bioética são conformados para garantir que o profissional de saúde ofereça segurança técnica e também conduta moral evitando a maleficência. (Q2)
>
> Acredito que isso seria ideal, porém (infelizmente) ainda presenciamos situações que fogem por completo de tais princípios. (Q3)
>
> Cada categoria tem seu próprio código que regulamenta isso. Mas acredito que mais importante do que um papel com 'regras' é o bom senso, a empatia e a compaixão no seu dia-a-dia. (Q4)
>
> Concordo. Para que haja respeito entre os profissionais e principalmente a quem atendemos. (Q5)
>
> Sim. Este tema não é muito abordado nos cursos e universidades e é essencial para o cuidado de saúde e para o convívio dos profissionais. (Q6)
>
> Sim. Para realização de um bom trabalho, para uma boa convivência com outros profissionais, é importante ter sempre ética. Sem os princípios da ética e bioética o trabalho fica comprometido. (Q7)

É inegável que empatia e compaixão sejam fundamentais na atuação de um profissional. A importância de tais características é trabalhada por Carol Guilligan, na ética do cuidado (GUILLIGAN, 1982) e mais recentemente na proposta – em construção – de uma ética para todos os seres humanos de Siqueira-Batista (2008). Contudo, em sua formação estes e outros princípios devem ser trabalhados, pois assim como questões técnicas podem e devem ser ensinas para a formação de um bom profissional, questões éticas e bioéticas também devem ser assim trabalhadas.

Em sua pesquisa com discentes do curso de fisioterapia nos últimos períodos, Ladeira (2014) observa que "a formação em fisioterapia ainda está focada em questões de ordem técnica em detrimento dos aspectos éticos e humanísticos". Com isso, grande parte dos futuros fisioterapeutas não se sente preparado para prestar um cuidado integral e lidar com questões psicocossociais. A autora aponta, assim, para uma falta sentida de conteúdo das ciências humanas e sociais, bem como uma fragmentação das disciplinas e uma distância entre teoria e

prática. Os princípios éticos levantados pelos discentes parecem estar vinculados mais a um caráter intuitivo destes do que algo contemplado nos conteúdos curriculares. Além disso, é percebida uma visão paternalista nas falas dos discentes e o princípio da sacralidade da vida ainda é considerado primordial para tomadas de decisões. Conclui-se que a vigência do modelo biomédico leva a que as decisões sejam tomadas com base em questões técnicas e não em questões éticas.

Podemos perceber como as questões do âmbito ético e bioético foram relegadas a "vivência" do profissional ou adquirida apenas pela experiência. Cabe o questionamento aqui então: por que na área da saúde em que se lida com seres humanos todos os dias, matérias humanísticas são abordadas ainda de modo insuficiente? (MEYER et al., 2006). Na formação do profissional da área da saúde as questões técnicas são abordadas e consideradas corretamente fundamentais para a formação de um bom profissional. Mas simplesmente uma boa formação técnica garante que tal profissional será de fato bom? A área da saúde detém em si dois campos do conhecimento: biomédico e humano. Uma formação em apenas um destes irá levar a profissionais de grande capacidade técnica, porém de uma falha postura ética perante os indivíduos a quem este se propôs tratar (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006; BITTENCOURT-COSTA et al., 2012).

Assim, pode-se confirmar tal despreparo quando perguntado sobre a formação em ética e bioética, neste momento foi observado que a maioria afirmou nunca ter participado de nenhum curso ou processo de ensino-aprendizagem nesse sentido. Apenas uma pessoa relatou uma formação em ética e deontologia na graduação e em bioética na residência. Reforçando assim o incipiente preparo do fisioterapeuta sobre tal campo do saber.

Quando perguntado se é possível ensinar ética e bioética uma pessoa apresentou resposta negativa. Os demais responderam positivamente, mas reforçando a importância de que tais conteúdos se aproximem da prática.

> Sim, de um modo interativo, trazendo questões da realidade cotidiana e problematizando-a ao mesmo tempo em que se estuda conceitos. (Q2)

> Acho possível; acredito que usando estudos de caso que demonstrem situações reais. (Q3)

> Minha matéria na Residência foi dada com muitos filmes e exemplos palpáveis, acredito que dessa forma é mais fácil criar conceito e uma ideia de importância, gerar discussões críticas e reflexões. (Q4)

> Ensinar não sei, mas fazer os outros pensarem sobre o assunto, acredito. (Q5)

> Sim. Com a definição dos conceitos e discussão dos casos, assim como suas condutas. (Q6)

> Sim. De maneira teórica, mas também de maneira prática, através de debates, dinâmicas, rodas de conversas. (Q7)

Quando perguntado sobre como montaria um curso para discutir ética e bioética as respostas também estiveram centradas em questões práticas.

> Sendo o mais básico possível. (Q1)

> Com estudos de caso e possíveis dramatizações das situações discutidas. (Q3)

> Faria bem parecida com a matéria da Residência, adequando ao dia-a-dia do aluno (profissional de saúde, executivo, call center). (Q4)

> Depois da definição dos conceitos, problematizar casos em que a bioética é essencial. (Q6)

> Organizaria um módulo teórico e definições e um módulo prático, com rodas de conversa, dinâmicas sobre o assunto entre os alunos. (Q7)

Quando perguntado se o profissional teria interesse em se aprofundar no assunto todos afirmaram que sim e uma pessoa não respondeu à pergunta.

> Sim. Poder adquirir conhecimento e difundir. (Q1)

> Sim, é um assunto importante para a função profissional e social. (Q2)

> Sim, acredito que com mais conhecimento podemos ‘cobrar’ de forma mais efetiva outros profissionais. (Q3)

> Tenho interesse em me atualizar. Atenção Básica ainda é uma novidade no meu trabalho, e acredito que possa enxergar o assunto por uma ótica diferente com essa nova demanda. (Q4)

> Sim, mas para me fazer pensar sobre o assunto e não ser imposto um olhar/pensamento para mim. (Q5)

> Sim, pois nunca tive a oportunidade de estudar tais conceitos. (Q6)

> Sim. É importante o aprofundamento no assunto para um melhor embasamento. (Q7)

Na resposta do profissional no questionário 5 podemos perceber um equívoco sobre o que seria o ensino de ética e bioética. O profissional aqui aponta a preocupação de lhe ser imposto um olhar, sendo exatamente o contrário do que seria um ensino de ética e bioética. Ao contrário do esperado na fala do profissional, o ensino dessas disciplinas visa oferecer ao estudante olhares possíveis, um arsenal reflexivo de modo a este conseguir perceber as diversas possibilidades de solução em um determinado caso ou as diversas questões envolvidas em um processo decisório ou em uma situação de conflito, portanto não será a bioética a tomar a decisão, mas sim o profissional. Contudo, tal reflexão se apresentará como um elemento agregador na busca de uma reflexão diante das situações vividas pelo profissional em sua atuação (GOLDIM, 2009). Esta fala do profissional em questão pode estar ligada à sua resposta anterior na pergunta 22 quando perguntado se este já participou de algum processo de ensino-aprendizagem sobre ética e bioética.

> Tive a matéria de bioética na graduação e lembro dos assuntos eutanásia ser bem explorado pelo professor. (Q5)

Aqui na memória do profissional está presente um processo de ensino de ética e bioética fechado apenas em uma temática das diversas possíveis neste ensino. Talvez dois motivos

levem ao equívoco do profissional sobre este processo: o docente ao abordar a temática da eutanásia foi impositivo em sua visão sobre tal questão; ou o estudante apresentou uma resistência a discutir tal temática o que o deixou com uma impressão negativa quanto a este tipo de processo de ensino.

Contudo, é interessante notar que a quase totalidade dos profissionais demonstraram interesse em se aprofundar no assunto, valorizando assim tal área do conhecimento e sua importância para suas vidas profissionais.

Também as ideias trazidas pelos profissionais, quanto ao que deveria ser o processo de ensino de bioética, estão de acordo com a proposta de Vidal e colaboradores (2014) quanto à educação bioética por meio de oficina de formação em que se teria a oportunidade de trabalhar os referenciais teóricos, bem como de ter espaços para problematização, dramatização e discussão de situação-problema. Este modelo de ensino permite ao aluno o exercício da dialética ação- reflexão-ação onde a realidade é o ponto de partida e chegada.

De fato, tais oficinas práticas têm-se mostrado como uma possibilidade de desenvolver uma reflexão e de buscar uma resolução para os problemas bioéticos vividos. A partir dos grupos formados nestas foi possível perceber que para se chegar a tais resoluções faz-se necessário a ocorrência de discussões em grupo, compreendendo todos os membros da equipe, demonstrando assim a importância das reuniões em equipes não se aterem apenas a questões operacionais, mas como espaço de diálogo e reflexão (GOMES *et al*., 2016).

## 4.2 OBSERVAÇÕES NO PROCESSO DE PESQUISA OU OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Para realizar a coleta dos dados foram entregues questionários aos fisioterapeutas de duas áreas de planejamento no município do Rio de Janeiro, em dias de reuniões do NASF das áreas investigadas, sendo selecionadas as unidades de acordo com a disponibilidade que os profissionais apresentaram para a participação da pesquisa, não sendo apontadas aqui as mesmas de modo a manter o sigilo dos profissionais envolvidos. Durante essas reuniões pude perceber algumas questões que aqui serão citadas como observações da pesquisadora e de modo a relatar meu olhar enquanto fisioterapeuta que teve contato anterior com uma bibliografia referente a bioética e conceitos relativos ao NASF. Avaliando meu olhar em relação aos temas discutidos nessas reuniões pude perceber que pela diferença de alguns meses entre a participação em uma reunião e outra a minha percepção em relação ao que estava sendo discutido ficou mais sensível para perceber os problemas bioéticos ali citados. Desse modo,

apresento algumas das questões que pude identificar nessas reuniões. Apresentarei aqui três problemas que apontarei como da esfera bioética, apesar de não terem sido discutidos com esta abordagem no momento da reunião.

A primeira fala aqui apontada refere-se a ainda presente dificuldade de percepção do usuário quanto a proposta de atenção integral feita pelo NASF. Assim a fisioterapeuta relata:

> As pessoas chegam lá pedindo para participar do grupo de auriculoterapia. Gente, não tem que ter o grupo de auriculoterapia. A gente também faz a auriculoterapia, mas a pessoa não pode ir lá só para isso. Aí a pessoa só quer fazer auricoloterapia e não participa de mais nada.

Nessa primeira fala podemos perceber, portanto, um problema já abordado em outros momentos referente à percepção do usuário sobre o NASF enquanto um ambulatório de especialidades. Sendo ainda a auriculoterapia um método de tratamento e diagnóstico que pode ser utilizado na fisioterapia, podendo ajudar a prestar assistência em casos de dores agudas ou crônicas e auxiliar na melhoria da qualidade de vida. A auriculoterapia é uma técnica da medicina chinesa que realiza diagnóstico e tratamento com base no pavilhão auricular (KUREBAYASHI; SILVA, 2015). Então aqui nessa queixa da profissional podemos perceber a ainda presente dificuldade do usuário em perceber a atuação do fisioterapeuta no NASF enquanto um dos profissionais que compõem uma equipe que visa realizar a atenção integral. Nesta primeira fala pode ser identificado um problema ético na relação com o usuário, podendo ainda ser apontado dentro da categoria “Solicitação de procedimentos pelo usuário” (ZOBOLI; FORTES, 2004).

A segunda fala é referente à relação NASF e ESF. Conforme proposto no Caderno do NASF, a ESF identifica a necessidade do apoio do NASF e então esse é solicitado. Contudo na fala da profissional é dito: “Gente, a proposta é que a estratégia busque a gente. Mas a gente sabe que na prática não é assim. A gente tem que ficar atrás deles, perguntando se estão precisando do NASF”. Nessas falas podemos perceber que apesar da ESF ter o dever de identificar a necessidade do usuário para que este tenha a garantia da assistência à saúde no NASF e de utilizar estratégias, como a visita domiciliar, essa não é a realidade desses profissionais, que não incorporam a formação de vínculos como a aplicação de tecnologia leve. Na rotina que vivenciam esses profissionais percebem a necessidade ainda de mostrar para a equipe da estratégia qual seu papel e como eles podem auxiliar à ESF.

A terceira fala está atrelada a segunda, em que o profissional identifica que a estratégia costuma solicitar o NASF quando percebe a necessidade de um atendimento de especialidade. Assim é relatado: “Aí só chamam o NASF, por exemplo, quando precisa do fisioterapeuta, pensando como especialidade”. Deixando esquecido aqui todo o apoio que o NASF poderia

prestar à estratégia, no âmbito do apoio matricial, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território; mostrando, portanto, que não é percebido o papel no âmbito da atenção integral à saúde que pode ser executado pelo NASF.

Assim, na segunda e terceira falas, conforme apontado por Zoboli e Fortes (2004), pode-se perceber problemas éticos que ultrapassam a relação da equipe, envolvendo as relações com a organização e o sistema de saúde (ZOBOLI; FORTES, 2004).

Quadro 2. Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

| ASPECTOS RELATIVOS À | PROBLEMAS |
|---|---|
| **Unidade de saúde da família** | Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde da Família.<br>Falta de estrutura na Unidade de Saúde da Família para a realização das visitas domiciliárias.<br>Falta de condições na Unidade de Saúde da Família para atendimentos de urgência.<br>Falta de apoio estrutural para discutir e resolver problemas éticos.<br>Falta de transparência da direção da Unidade de Saúde da Família na resolução de problemas com os profissionais. |
| **Rede de serviços de saúde** | Excesso de famílias adscritas para cada equipe.<br>Restrição do acesso dos usuários aos serviços.<br>Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do Programa Saúde da Família.<br>Dificuldades no acesso a exames complementares.<br>Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais. |

**Fonte:** ZOBOLI e FORTES (2004).

A partir das falas nas reuniões identificamos três problemas éticos e bioéticos: desconhecimento do usuário sobre as possibilidades da fisioterapia no NASF; dificuldade na identificação por parte da ESF de situações que se beneficiariam da inserção do NASF e a limitação da atuação do NASF à clínica de especialidades. Deste modo, os conflitos apresentados a partir das falas dos profissionais se enquadram no que já anteriormente foi apontado por Zoboli; Fortes (2004) como problemas éticos.

# 5 DISCUSSÃO

## 5.1 PROBLEMAS ÉTICOS E/OU BIOÉTICOS NA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NASF

No Quadro 3, listamos os problemas éticos e/ou bioéticos identificados pelos profissionais que participaram desta pesquisa, apontando os tipos de conflito, bem como suas consequências.

Quadro 3. Problemas identificados por fisioterapeutas no NASF

| **Problemas identificados por fisioterapeutas no NASF** | | |
|---|---|---|
| **Identificação dos problemas** | **Tipo de conflito** | **Consequências** |
| Relação com o usuário em visita domiciliar | Usuário-profissional | Aprendizado da equipe quanto a relação com o usuário |
| Relação entre equipes do NASF e da ESF | Entre equipes | Prejuízo ao usuário |
| Relação entre profissionais da ESF/NASF e profissionais estatutários | Entre equipes | Prejuízo ao usuário |
| Inserção de opiniões pessoais em discussões de equipe | Entre profissionais | Prejuízo ao usuário |
| Falta de comunicação entre os profissionais | Entre profissionais | Prejuízos aos profissionais |

**Fonte:** Informações dos questionários entregues pelos fisioterapeutas.

Conforme observado na Tabela 2, percebemos que a maior parte dos problemas declarados pelos profissionais diz respeito a questões envolvendo os profissionais e/ou a equipe. Além disso, como consequência de tais problemas é apontada, na maioria das situações, o prejuízo ao usuário. Deste modo podemos identificar a importância de que tanto os profissionais entre si como na equipe desenvolvam uma capacidade de diálogo e troca quanto as estratégias propostas e sua atuação, bem como sobre os problemas vivenciados. Ainda é apontado um problema referente a relação entre os profissionais e usuários. Contudo podemos perceber uma consequência positiva deste problema, esta se deve ao fato da equipe ter se articulado de tal forma que tornou possível uma solução ao problema identificado. Podemos perceber assim que quando a equipe está bem consolidada os problemas com o usuário são oportunidades de crescimento para a equipe. Oposto a esta situação, quando o problema ocorre no âmago da equipe, consequentemente acarretará prejuízo na assistência do profissional ao usuário.

Assim como destacado por Junges e Barbiani (2013):

> a APS envolve desafios éticos cujas respostas podem não estar claras inicialmente, o que exige ali uma hermenêutica, muita discussão e pactuação coletiva a fim de atender às exigências apresentadas.

É necessária a instauração de processos de reflexão e avaliação quanto ao trabalho realizado no cotidiano, bem como políticas públicas visando o macroambiente.

Enquanto na lógica hospitalar o objetivo fundamental está em propor um diagnóstico e uma terapêutica em um momento agudo, na APS o foco deve ser na qualidade de vida, envolvendo ações contínuas a médio e longo prazo que exigem encontros sucessivos com possibilidade de maior liberdade e autonomia do usuário. Para lidar com tais aspectos, faz-se urgente uma sensibilidade e compromissos éticos, tendo-se uma prática marcada pela humanização, cuidado e cidadania. Na APS ocorre, portanto, a necessidade de um maior compromisso com um projeto de cuidado em que este último, assim como responsabilidade e bioética estejam articulados em sua práxis (ZOBOLI, 2009).

Gonçalves e colaboradores (2010) nos mostram como pensar a atuação do profissional da ESF por meio de aspectos de justiça social possibilita transformações no cuidado ao usuário e na forma que os serviços de saúde são ofertados. Ainda afirmam que apesar da rotina de acesso no serviço estar de acordo com as linhas de cuidado, ainda são ineficientes quanto ao cumprimento da universalidade. Como o serviço não consegue atender a todas as necessidades apresentadas, o vínculo com a comunidade fica prejudicado.

Brehmer e Verdi (2010) mostram que ainda há uma distância entre o discurso sobre acolhimento e a prática. Questiona-se, então, por que há essa distância? Se existe o discurso por que não é colocado em prática? Muitas vezes os trabalhadores são absorvidos pela rotina ou tornam-se apáticos, portanto não conseguem levar para suas realidades o que afirmam em seu discurso. Isso vai de encontro também a dificuldades apresentadas pelo serviço, como um local adequado para que ocorra o acolhimento e a falta de trabalhadores suficiente para compor o serviço.

Zoboli e Fortes (2004) apresentam problemas éticos vividos por médicos e enfermeiros no então PSF. Apontam ali três categorias a partir dos problemas identificados pelos profissionais: problemas éticos na relação com o usuário e a família; problemas éticos na relação da equipe e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde. Por fim, concluem que tais problemas experimentados na APS envolvem preocupações do cotidiano e circunstâncias comuns da prática diária em saúde, mostrando assim a diferença em

relação ao que é identificado na prática hospitalar, contudo de igual importância a estes últimos, e ainda, por vezes, de maior amplitude e complexidade.

Falar sobre bioética na ESF ainda é um assunto novo e pouco trabalhado. Há pouco mais de uma década começou-se os primeiros trabalhos fazendo um levantamento de problemas éticos e bioéticos na ESF, bem como propondo essa reflexão sobre os problemas ali enfrentados. Apesar de apresentar-se ainda incipiente, essa reflexão tem se mostrado muito necessária para o enfrentamento dos problemas vividos no dia a dia de uma equipe de saúde da família. A bioética pode ajudar a que haja uma abordagem mais ampla sobre os conflitos vivenciados na APS, em que ocorrem questões muito próprias diferentes das vividas no ambiente hospitalar. Ela pode permitir uma percepção mais apurada sobre os problemas (bio)éticos e capacitar os profissionais a buscarem soluções dialógicas pra estes (SIMAS *et al*., 2016).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho visou fazer um levantamento dos problemas éticos e bioéticos vivenciados pelos fisioterapeutas que atuam no NASF, visto até o momento não encontrarmos na literatura nenhuma abordagem nesse sentido. Não pretendemos aqui esgotar o assunto, antes iniciar esse debate de modo a permitir que mais trabalhos sejam realizados nesse sentido. O NASF teve início em 2008 e até então nunca tinha sido feita uma abordagem sobre os problemas éticos e bioéticos ali vividos pelo fisioterapeuta. Conforme temos visto a importância dos trabalhos ligando ESF e Bioética e a contribuição que podem trazer para a área, percebemos que inúmeros dos conflitos percebidos no NASF poderiam se beneficiar de uma abordagem bioética. Uma vez que problemas envolvendo profissionais e/ou equipes acaba por se tornar prejudicial ao usuário, comprometendo assim a proposta de atenção à saúde.

A fisioterapia como profissão da área da saúde sofreu em seu processo de formação com os mesmos problemas das demais profissões dessa área, aqui pudemos levantar caminhos possíveis para uma transformação tanto da formação desse profissional como do profissional já atuante.

A bioética visa desenvolver uma capacidade de reflexão diante dos conflitos vividos pelo profissional em sua atuação, permitindo que este profissional possa identificar, compreender e buscar caminhos para uma solução em meio às dificuldades em sua atuação. Neste novo cenário, ao nos depararmos com a atuação do fisioterapeuta, bem como com a história dessa profissão podemos observar uma grande preocupação envolvendo questões técnicas e pouca preocupação em refletir sobre a atuação e as dificuldades inerentes à fisioterapia na APS. A atuação do fisioterapeuta envolve a relação deste profissional com o paciente/usuário, a relação com seus colegas de profissão, bem como com colegas de outras áreas da saúde. Além disso, principalmente no âmbito do SUS, envolve sua relação com a gestão. E ainda poderia se considerar sua relação com a sociedade, envolvendo a visão que esta tem sobre seu papel já consolidado nos processos de reabilitação.

Para atuar na APS, mais ainda, o fisioterapeuta necessita de um preparo que vai além das questões técnicas, tornando assim imprescindível a reflexão Bioética diante dos conflitos que este profissional enfrenta inserido na equipe multiprofissional. Sua vivência dentro da equipe está permeada por desafios que enriquecem sua experiência profissional quando refletidos sob a ótica desta competência profissional. O fisioterapeuta mesmo no NASF muitas vezes, aceita e reforça uma atuação isolada, surgindo então o desafio de vencer essa barreira de modo a se integrar e atuar junto a equipe multiprofissional e estar mais acessível ao usuário.

Também o NASF ainda vive um processo de inclusão na lógica da SF e ainda vive a necessidade de mostrar seu papel às equipes da ESF. Faz-se necessário, deste modo, repensar essa atuação em equipes de modo a incorporar a proposta de atenção integral à saúde, disponibilizando novas ações terapêuticas aos usuários.

Portanto, como pudemos perceber com base na literatura, muitos conflitos têm surgido nesta inserção do fisioterapeuta na APS por meio do NASF. Contudo, ao se depararem com um questionário referindo-se a problemas éticos e/ou bioéticos, os profissionais não foram plenamente capazes de identificar os mesmos conflitos apontados na literatura. Referiram-se, assim, em sua maioria a problemas relacionados a atuação em equipe. Percebe-se, então, que pode haver dificuldade dos profissionais em identificar que os conflitos vividos com o usuário enquadram-se como problemas éticos e/ou bioéticos, muitos sob a sua governança.

Além disso, não foi apontado pelos profissionais problemas que se referiam a atendimentos individuais praticados pelo fisioterapeuta, apesar de tais serem apontados na literatura como conflitos surgidos na rotina do fazer fisioterapêutico no NASF.

Também não poderia deixar de ser abordada a ausência de respostas em três dos oito questionários entregues, podemos perceber aí como ainda há dificuldade do fisioterapeuta ao se deparar com questões relacionadas à ética e bioética. Tal fato foi confirmado quando perguntado sobre conceitos de ética e bioética, os profissionais em grande parte demonstraram pouco contato com tais conceitos, bem como não terem tido formação nesta área.

Percebemos assim como abordar questões referentes à ética e bioética para os fisioterapeutas é de extrema importância. Sugerimos assim que mais abordagens deste tipo sejam feitas e também abordagens que permitam uma formação ética e bioética, de modo a enriquecer a visão destes profissionais em sua prática na saúde.

# REFERÊNCIAS


ALBUQUERQUE, V. S. et al. Currículos disciplinares na área da saúde: ensaios sobre saber e poder. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 261-72, out./ dez. 2009.

ALMEDIA, A. L. J.; GUIMARÃES, R. B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 82-8, jan. / mar. 2009.

ALVES, F. D. et al. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. **Fisioter. Pesqui**., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 149-156, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO (ABBR). Ata da Assembleia Geral de Constituição da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, 1956. Disponível: <http://www.abbr.org.br/abbr/historico/>. Acesso em 11 jul. 2017.

Associação Paulista de Medicina (APM). SUS- O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1. ed. São Paulo: **Editora Raiz**, 2000.

AZEVEDO, E. E. S. Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 2, n. 2, 1998

BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 402-7, out./dez. 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Rev. FisioBrasil**, Rio de Janeiro, n. 59, p. 20-31, 2003.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jun. 2008.

BARROS, F. M. B. **Fisioterapia, Poliomelite e Filantropia**: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1954-1965). 2009. 259 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20 n. 9, p. 2847- 2856, 2015.

BARROS, M. E. B; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismo a uma ética do cuidado. **Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez. 2011.

BARROS, F. B. M. **Profissão Fisioterapia**: história social, legislação, problemas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Agbook, 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de Ética Biomédica. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, jul.-set. 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano- compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 044, de 03 de março de 1993. [S.l : s.n., s.d.].

BRASIL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica- Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34- Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 39- Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF. Brasília- DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeRJ.def>. (Visualizado em 12/07/2016)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 3.124, de 28 de dezembro de 2012. edefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde
da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Resolução COFFITO Nº8 DE 20/02/1978. Artigo 5º, incisos II e XI, da Lei Federal nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975.

BRASIL. Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978. Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: CREFITO, [s.d].

BRASIL. Resolução nº 462, de 21 de dezembro de 2015. Reconhece a prática da Auriculoterapia pelo fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, DF: CREFITO, [s.d].

BREHMER, Laura; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, Supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CASTRO, S. S. et al. O processo saúde- doença e o modelo biopsicossocial entre supervisores de um curso de fisioterapia: estudo qualitativo em uma universidade pública. **Cad. Edu. Saúde e Fis**. v. 2, n. 3, 2015.

CARVALHO, J. B. S.; FILHO, R. E. M. Biodireito e Bioética: Percepções entre fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia. **Rev. Fisiot. S. Fun.**, v. 3, n. 1, p. 18-22, Jan/ Jul, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1987; 21 mai.

COFFITO. Resolução Nº424, de 08 de julho de 2013. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Artigo 4.

COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, Dec. 2014.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

FERREIRA, D. C.; SILVA, J. A. G.; BATISTA, R. S. A Bioética na Tomada de Decisão na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. educ. med**., Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-485, Sept. 2015.

FIGUEIREDO, L. C.; GRATÃO, A. C. M.; MARTINS, E. F. Código de Ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos relacionados à autonomia do profissional. **Fisioter Pesq**., v. 20, n. 4, p. 394-400, 2013.

FRANCO, T.; MERHY, E. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

FRANCO, T. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 3, n. 5, 2014.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015.

FREDERICO, D. F. Apoio Matricial à Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: trabalho vivo e questões bioéticas. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva orientada por Rodrigo Siqueira-Batista. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói, 2016.

FREITAS, M. S. *A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil:* as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GOLDIM, J.R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 58-63, jan-mar. 2009.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica- Cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

GILLIGAN, C. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.

GOMES, A. P. et al. Estratégia Saúde da Família e bioética: grupos focais sobre trabalho e formação. **Rev. Bioét**. (Impr.), v. 24, n. 3, p. 488-94, 2016.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**., v. 18, n. 1, p. 225-239, 2010.

JUNGUES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioét**. (Impr.). v. 21, n. 2, p. 207-17, 2013.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária. In: Pinheiro, R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC — ABRASCO; p. 245-260, 2006.

KUHNEN, T. A. A ética do cuidado como alternativa à ética dos princípios. Etic@: Revista Internacional de Filosofia da Moral: Florianópolis, v.9, n.3, p.155-168, set., 2010.

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 117-123, Fev., 2015.

LADEIRA, T. L. Significados, sentidos e vozes do cuidado integral: Aspectos bioéticos na formação do fisioterapeuta. Dissertação de Mestrado (Orientada por Aluísio Gomes da Silva Junior) Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

(PPGBIOS), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ). Niterói: UFF, 2014.

LADEIRA, T. L.; SILVA JUNIOR, A. G.; KOIFMAN, L. Fundamentos éticos na tomada de decisão de discentes de fisioterapia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 675-685, Set., 2017. Epub Nov., 2016.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968- 75, 2013.

LORENZO, C. F. G.; BUENO, G. T. A. A interface entre bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados. **Fisioter. Mov**., Curitiba, v. 26, n. 4, p. 763-775, Dez. 2013.

MAIA, F. E. S. et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v.,17, n.,3, p. 110-115, 2015.

MAGALHÃES, C. C. B. Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. (Dissertação de Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINS, I. O. P. P. M. A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress. Dissertação de mestrado em Filosofia (Orientada por Marta Mendonça). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa, 2013.

MAYERNYIK, M. A.; OLIVEIRA, F. A. G. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 1, p. 11- 20, 2016.

MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 407-426, Nov. 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Saúde: A Cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MEYER, P. F.; COSTA, I. C. C.; GICO, V. V. Ciências Sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 877-90, out.- dez. 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: MINAYO, MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21. Ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994.

MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BASTISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? **Rev. Soc. Bras. Clin. Méd**., v. 10, n. 5, set-out., 2012.

MOTTA, L. C. S. O Cuidado no Espaço- Tempo do Oikos: sobre a Bioética e a Estratégia de Saúde da Família. Dissertação de Mestrado orientada por Rodrigo Siqueira-Batista. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ). Rio de Janeiro: IESC-UFRJ, 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, São Paulo: 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 50, p. 846-852, 2016.

NOGUEIRA, J. A. Fisioterapia no contexto da assistência domiciliar terapêutica: estudo de pacientes com AIDS. Dissertação de mestrado em saúde pública orientada por Otávio Cruz Neto, Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946.

ONU. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Portugal: Comissão Nacional da Unesco, 2005.

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. A eticidade da pesquisa em seres humanos. 2001.

PESSALACIA, J.D.R. et al. Perspectivas do ensino de bioética na graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 393-8, mar-abr, 2011.

PESSINO, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Rev. Bioet.** (Impr.), v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013.

POTTER, V. R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

REZENDE, M. et al.. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], v. 14, sup. 1, p. 1403-1410, 2009

RICHARDSON, R. J. et al. Pesquisa Social- Métodos e Técnicas. 3. Ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2010.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma aproximação dos signos- Fisioterapia e Saúde- aos aspectos humanos e sociais. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2008.

SANTOS, R. N. O. L. O papel do docente na formação ética dos estudantes de fisioterapia: o olhar de quem ensina. Dissertação de mestrado (Orientada por Sérgio Rego) Programa de

Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ). Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ESNP, 2016.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul-ago, 2001.

SCRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, F. R. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. **Revista bioethikos**- Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 3, p. 302- 308, 2011.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1531- 1538, 2017.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v. 12, n. 6, p. 1673-1681, Dez. 2007.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076- 2084, nov, 2012.

SIMAS, K. B. F. et al. (Bio) ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1481- 1490, 2016.

SIQUEIRA, B. P. J. et al. Bioética da Proteção e equidade no Sistema Único de Saúde. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, n. 178, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R. Quantum bioethics: ethics for all beings. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1013-1015, 2008.

BITTENCOURT-COSTA, J. R. et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Impresso), v. 36, p. 387-400, 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, MCS. Avaliação por triangulação de métodos. Ed. FIOCRUZ, 2005.

SUPERTI, M. Competências profissionais para a atuação fisioterapêutica em apoio matricial. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

TERLOUW, T. J. A. The origin of the term ‘physiotherapy’. **Physiotherapy Research International**, v. 11, n. 1, p. 56-7, 2006.

TORRES, C. K. D.; ESTRELA, J. F. M.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1877-1879, Dez. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. Pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, Jun., 2007.

VIANA, S. O. et al. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde de Betim. Rev. APS, v. 16, n. 3, p. 278-286, Jul/set., 2013.

VIDAL, S.V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia de Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. Bioét**. (Impr.), v. 22, n. 2, p. 347-57, 2014.

VIDAL, S. V. et al. A Bioética e o Trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de Educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 372- 380, 2014.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 21-7, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690- 1699, nov-dez, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O mundo da Saúde São Paulo,** v. 33, n. 2, p. 195- 204, 2009.

ZOBOLI, E. L. C. P; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, 2012.

# ANEXO 1

## Principais problemas bioéticos identificados pelos trabalhadores da APS e conhecimento sobre os conceitos de ética e bioética

**Nº do questionário: __ __**

| I – CARACTERÍSTICAS GERAIS |
|---|
| **1) Nome: _____** |
| **2) Pseudônimo: _____** |
| **3) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino** |
| **4) Idade: _____ anos Etnia: _____** |
| **5) Naturalidade: _____** |
| **6) Profissão.**<br>( ) Médico<br>( ) Enfermeiro<br>( ) Técnico de enfermagem<br>( ) Agente Comunitário da Saúde<br>( ) Outra _____ |
| **7) Nível de escolaridade:**<br>( ) Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto<br>( ) Ensino Fundamental (primeiro grau) completo<br>( ) Ensino Médio (segundo grau) incompleto<br>( ) Ensino Médio (segundo grau) completo<br>( ) Superior incompleto<br>( ) Superior completo. Se sim, Qual curso?_____<br>( ) Especialização<br>( ) Mestrado<br>( ) Doutorado<br>( ) Pós-doutorado _____ |
| **8) Tempo de exercício da profissão em anos: _____** |
| **9) Tempo total de trabalho em saúde da família:**<br>( ) 0 – 1 ano<br>( ) 1 – 2 anos<br>( ) 2 – 5 anos<br>( ) 6 – 10 anos<br>( ) 11 – 15 anos<br>( ) Não sabe |
| **9) Tempo de trabalho na atual ESF:**<br>( ) 0 – 1 ano<br>( ) 1 – 2 anos<br>( ) 2 – 5 anos<br>( ) 6 – 10 anos<br>( ) 11 – 15 anos<br>( ) Não sabe |

## II – PROBLEMAS BIOÉTICOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE

**10) Descreva situações, vividas no núcleo, nas quais você considere que houve problemas de ordem ética e/ou bioética.**

_____

_____

_____

_____

**11) Como a equipe abordou o(s) problema(s) acima(s) descrito(s)?**

_____

_____

_____

_____

**12) Foi necessário recorrer a alguma referência bibliográfica (texto, artigo, código de ética, ou outro) ou a algum consultor para auxiliar na resolução da(s) questão(ões)?**

_____

_____

_____

_____

**13) Houve solução para o(s) problema(s)? Qual solução?**

_____

_____

_____

_____

**14) Quais as principais consequências, do seu ponto de vista, do(s) problema(s) de ordem ética e bioética listado(s)?**

_____

_____

_____

_____

## III – CONHECIMENTO SOBRE OS CONCEITOS DE ÉTICA E BIOÉTICA

**15) Qual é a primeira palavra que vem a sua mente quando você ouve o termo ética?**

_____

_____

_____

_____

**16) Qual é a primeira palavra que vem a sua mente quando você ouve o termo bioética?**

_____

_____

_____

_____

**17) Você conhece algum conceito de ética e de bioética? Se sim, quais?**

_____

_____

_____

_____

**18) O que você entende por ética?**

_____

_____

_____

_____

**19) O que você entende por bioética?**

_____

_____

_____

_____

**20) Já ouviu falar, ou leu sobre, conceitos como respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, proteção, compaixão? Algum outro?**

_____

_____

_____

_____

**21) Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho pautado nos princípios da ética e da bioética. Qual é a sua percepção sobre esta afirmação? Comente.**

_____

_____

_____

_____

**22) Você já participou de algum curso, oficina ou outro processo de ensino-aprendizagem no qual se tratou de ética e bioética? Qual e quando?**

_____

_____

_____

**23) Você acha que é possível ensinar ética e bioética? Em caso afirmativo, de que modo?**

_____

_____

_____

**24) Se você fosse montar um curso para discutir ética e bioética como este seria organizado?**

_____

_____

_____

**25) Você tem interesse em se aprofundar no assunto? Justifique.**

_____

_____

_____

Eu, _____ aceito participar como sujeito de pesquisa (a) da pesquisa acima referida.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

# ANEXO 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**
***DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM***
**Av. P.H. Rolfs S/N - Campus Universitário.**
**Viçosa, MG. – CEP.: 36571.000**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Participante da Pesquisa,

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada "*Bioética e educação: construindo discursos e práxis no espaço-tempo da atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro*", que tem como principal objetivo descrever os problemas bioéticos vivenciados pelos trabalhadores da atenção primária à saúde do Município do Rio de Janeiro e propor estratégias de formação para a abordagem das questões identificadas.

A pesquisa ocorrerá nos espaços de atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro e consistirá em (1) responder um questionário sobre ética e bioética e (2) participar de encontros de formação para discussão de ética e bioética na atenção primária à saúde e avaliá-los através de um segundo questionário.

Você poderá participar, se desejar, após o devido esclarecimento e assinatura do presente documento. Seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, por simples comunicação verbal – telefone (31) 3899-3978 – ou, se preferir, por e-mail (lmecs@ufv.br), sem que sua decisão de não mais participar do estudo implique em qualquer dano para sua pessoa.

Como *riscos* da pesquisa destacam-se o tempo despendido e o eventual desconforto relacionado ao preenchimento do questionário. O tempo dispendido para a participação das oficinas de formação em bioética e atenção primária à saúde e o eventual mal estar provocado pela reflexão acerca de problemas bioéticos relativos à atuação dos profissionais da saúde, são também riscos atinentes ao presente projeto.

Como *benefícios* potenciais podem ser relatados as possibilidades de melhor conhecimento sobre os problemas bioéticos na atenção primária à saúde, o que poderá contribuir para o aprimoramento dessa importante dimensão do trabalho em saúde.

Os dados serão armazenados, por até cinco anos, pelos pesquisadores, sendo acessados apenas pelos mesmos. Após esse período, os mesmos serão destruídos. Será garantido o sigilo sobre a identidade dos participantes de pesquisa. A divulgação dos resultados obtidos na pesquisa será realizada apenas em meios de comunicação cientificamente reconhecidos. Caso você queira entrar em contato com o pesquisador responsável antes de assinar este Termo de Consentimento, poderá utilizar o telefone (31) 3899-3978 ou o e-mail (lmecs@ufv.br). Se preferir poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, pelo telefone (31) 3899- 2492 ou pelo e-mail cep@ufv.br.

Atenciosamente,

Rodrigo Siqueira Batista
Tel: (31) 3899-3978
E-mail: rsbatista@ufv.br

Eu, _____, certifico que tendo lido as informações acima, concordo com o que foi exposto e autorizo a minha participação nesta pesquisa.

Estou ciente de que receberei, do pesquisador supracitado, esclarecimentos e respostas adequadas a quaisquer perguntas que porventura surjam, relacionadas aos assuntos próprios da publicação dos dados. Também está claro para mim que poderei retirar, a qualquer momento, o consentimento para participação da pesquisa, o que não me acarretará nenhum dano. Está igualmente claro que a privacidade será respeitada, ou seja, minha identidade (nomes e sobrenomes) não será divulgada.
Fui informado e esclarecido sobre a base legal deste documento, o qual foi preparado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em atenção à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília, DF.
Rio de Janeiro, _____de _____de 20___.

_____
ASSINATURA DO PARTICIPANTE DE PESQUISA

_____
ASSINATURA DO PESQUISADORE RESPONSÁVEL

Rodrigo Siqueira Batista
Tel: (31) 3899-3978
E-mail: rsbatista@ufv.br