



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

FABÍOLA ALVES ALCÂNTARA

**PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS CADASTRADOS NO CREFITO 1 SOBRE OS
ASPECTOS BIOÉTICOS QUE ENVOLVEM O ATENDIMENTO DE PACIENTES SEM
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA**

Rio de Janeiro

2018

FABÍOLA ALVES ALCÂNTARA

**PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS CADASTRADOS NO CREFITO 1 SOBRE OS
ASPECTOS BIOÉTICOS QUE ENVOLVEM O ATENDIMENTO DE PACIENTES SEM
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA**

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 orientada pelo Professor Doutor Alexandre da Silva Costa e coorientada pela Professora Doutora Suely Oliveira Marinho.

Rio de Janeiro

2018

A347 Alcântara, Fabíola Alves.

Percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura / Fabíola Alves Alcântara. – Rio de Janeiro: UFRJ/UFF/ UERJ/FIOCRUZ, 2018.

96 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Alexandre da Silva Costa.

Coorientadora: Suely Oliveira Marinho.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2018.

Referências: f. 77-89.

1. Doente terminal. 2. Pessoal de saúde. 3. Fisioterapia. 4. Ética. 5. Bioética. I. Costa, Alexandre da Silva. II. Marinho, Suely Oliveira. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. IV. Universidade Federal Fluminense. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. VI. Fundação Oswaldo Cruz. VII. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABÍOLA ALVES ALCÂNTARA

PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS CADASTRADOS NO CREFITO 1 SOBRE OS ASPECTOS BIOÉTICOS QUE ENVOLVEM O ATENDIMENTO DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA

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 Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 09 de novembro de 2018.

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa (Orientador)

PPGBIOS / UFRJ

Prof^a. Dr^a. Suely Oliveira Marinho (Coorientadora)

NUBEA / UFRJ

Prof^a. Dr^a. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

PPGBIOS / UFRJ

Prof^a. Dr^a. Kátia Regina de Barros Sanches

FM / UFRJ

Ao meu pai Benildes e a minha mãe Maria de Fátima pelos ensinamentos e empenho exercido até hoje em minha educação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por fortalecer-me e iluminar-me nos momentos difíceis.

Aos meus pais pela vida, pelo incentivo e por acreditarem em mim quando decidi iniciar esse novo caminho.

Ao meu irmão Bruno Alves Alcântara pela força e ajuda quando precisei.

Aos queridos e admiráveis orientadores Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa e Prof^a. Dr^a. Suely Oliveira Marinho, pela paciência, disponibilidade, entendimento e orientações construtivas.

A toda minha família, pela torcida e apoio.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), em especial a Prof. Dra. Marisa Palácios que durante as suas aulas instigou a ampliação de novos conceitos e visões, contribuindo para o conhecimento e crescimento em pesquisa.

Ao CREFITO-1 pela disponibilidade em enviar os questionários, tornando a pesquisa viável.

A todos os fisioterapeutas que, de livre e espontânea vontade, se dispuseram a responder o questionário da pesquisa.

A todos amigos e colegas, principalmente aqueles que tive o prazer de conhecer no Rio de Janeiro e conviver durante este período, em especial a Jane, Giselle, Carol, Andreia e Larissa.

A banca examinadora, que foi selecionada com a certeza de colaboração para o aperfeiçoamento do conteúdo deste trabalho.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar. Mas
o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

ALCÂNTARA, Fabíola Alves. **Percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.** Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Com a expansão cada vez mais avassaladora das doenças crônico-degenerativas, tem-se percebido uma ampliação de locais que oferecem assistência paliativa, visto que essa população vem se beneficiando progressivamente com este tipo de intervenção. Perante esse difícil contexto, os cuidados paliativos se lançam com uma proposta diferenciada de assistência na saúde. Qualquer profissional de saúde, em algum momento da sua vida, vai se deparar com a morte, portanto, precisará dispor de instrumentos para lidar com essas situações. O presente estudo teve como objetivo investigar a percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de paciente sem possibilidades terapêuticas de cura. Para isso foi elaborado um questionário, contendo assuntos relacionados aos aspectos bioéticos que envolvem esse perfil de pacientes e enviados via correio eletrônico para os fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1. Os resultados mostraram que 75% dos profissionais atuam com pacientes sem terapêutica de cura, consideraram extremamente relevante a tomada de decisão durante o atendimento fisioterapêutico (65,12%), respeitar a vontade do paciente (53,49%), utilizar a beneficência (67,44%), a importância da disciplina Bioética para formação acadêmica em fisioterapia (74,42%) e discutir conflitos éticos durante a graduação (81,40%). Em 65,12% dos questionários os fisioterapeutas descreveram algum conflito ético vivenciado em sua prática. Podemos perceber que o fisioterapeuta exerce uma função ética na tomada de decisão, que mesmo a autonomia sendo a primeira escolha para essa decisão existem alguns confrontos de valores com a beneficência, a necessidade de uma discussão ética no âmbito prático da saúde devido a falta de entendimento sobre os cuidados paliativos além da inserção dessa temática durante a formação acadêmica profissional.

Descritores: Bioética. Ética. Cuidado terminal. Profissional de saúde. Fisioterapia.

ABSTRACT

ALCÂNTARA, Fabíola Alves. **Percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.** Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

With the increasing expansion of chronic-degenerative diseases, there has been an increase in the number of places that offer palliative care, since this population has been progressively benefiting from this type of intervention. Given this difficult context, palliative care is launched with a differentiated proposal for health care. The present study aimed to investigate the perception of physiotherapists enrolled in CREFITO 1 on the bioethical aspects that involve the care of patients without therapeutic possibilities of cure. For this purpose, a questionnaire was developed, containing subjects related to the bioethical aspects that involve this profile of patients and sent by e-mail to the physiotherapists enrolled in CREFITO 1. The results showed that 75% of professionals work with patients without curative therapy, considered extremely (65.14%), respecting the patient's will (53.49%), using charity (67.44%), the importance of bioethics discipline for academic training in physical therapy (74 , 42%) and discuss ethical conflicts during graduation (81.40%). In 65.12% of the questionnaires the physiotherapists described some ethical conflict experienced in their practice. We can perceive that the physiotherapist exercises an ethical function in decision making, that even autonomy being the first choice for this decision there are some confrontations of values with beneficence, the need for an ethical discussion in the practical scope of health due to lack of understanding on palliative care beyond the insertion of this theme during professional academic training.

Keywords: Bioethics. Ethic. Terminal care. Healthcare professional. Physiotherapy.

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição por Estado dos profissionais fisioterapeutas atuantes com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura	44
Gráfico 2. Relacionado a especialidade de maior atuação dos fisioterapeutas respondentes.....	45
Gráfico 3. Relacionado a quantidade de fisioterapeutas que atuam com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.....	45
Gráfico 4. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão durante o seu atendimento.....	46
Gráfico 5. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a discussão do caso clínico com a equipe frente a algum conflito ético.....	47
Gráfico 6. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando a vontade do paciente	48
Gráfico 7. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando o princípio da beneficência (fazer o bem)	49
Gráfico 8. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando o princípio da justiça	50
Gráfico 9. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros do fisioterapeuta ser um conflito ético	51
Gráfico 10. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros dos pacientes ser um conflito ético	52
Gráfico 11. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros do hospital, clínica ou unidade de saúde ser um conflito ético	53
Gráfico 12. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a não dizer a verdade ao paciente ser um conflito ético.....	54
Gráfico 13. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a limitação da eficiência de uma terapia em prol do aprendizado	55
Gráfico 14. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente hospitalar	56

Gráfico 15. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente domiciliar.....	57
Gráfico 16. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a necessidade de uma disciplina de Bioética para a formação acadêmica em fisioterapia.....	58
Gráfico 17. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a importância de discutir conflitos éticos durante a formação acadêmica em fisioterapia.....	59
Gráfico 18. Relacionado a identificação de algum conflito ético durante a sua prática	60

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da variável sexo dos questionários respondidos	43
---	----

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Variação da necessidade de Cuidados Paliativos (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015).....	27
Figura 2. Mudança de foco/objetivos do cuidado. (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015)..	27
Figura 3. Necessidade do paciente/família durante a doença e o luto. (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015).....	29

LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CP	Cuidados Paliativos
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IR	Instituto de Reabilitação
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MBA	Master in Business Administration
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RPG	Reeducação Postural Global
RS	Rio Grande do Sul
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
1.2 METODOLOGIA	15
1.2.1 Local e Período do Estudo	16
1.2.2 Participantes	16
1.2.3 Critérios de Inclusão de Participantes	16
1.2.4 Critérios de Exclusão de Participantes	16
1.2.5 Coleta de Dados e Instrumentos	17
1.2.6 Método	17
1.2.7 Processamento e Análise de dados	22
1.2.8 Aspectos Éticos	22
1.2.9 Estrutura da Dissertação	22
2 CUIDADOS PALIATIVOS E FISIOTERAPIA	24
2.1 FISIOTERAPIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS	29
2.2 TOMADA DE DECISÃO EM FISIOTERAPIA	31
3 BIOÉTICA PRINCIPALISTA	33
4.1 ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS E ENFERMEIROS)	39
4.2 ÓTICA DOS FISIOTERAPEUTAS	41
5 RESULTADOS/DISCUSSÃO	43
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	43
5.2 CONFLITOS ÉTICOS ELEITOS PELOS FISIOTERAPEUTAS FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA	59
5.3 TEMÁTICA DA BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA	71
5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	73
6 CONCLUSÃO	74
REFERENCIAS	77
APÊNDICE	90
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	93

1 INTRODUÇÃO

Considerando o emergente crescimento de doenças crônico-degenerativas, cânceres, demências e outras patologias que ameaçam a vida humana, os cuidados paliativos aparecem como um exemplo de assistência baseada em princípios e valores voltados para o cuidado integral do indivíduo, atendendo seus desejos e necessidades.

Durante a rotina clínica, é comum que os profissionais fisioterapeutas vivenciem questões e incertezas éticas. De modo semelhante, quando estão diante de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, esse contexto não se modifica podendo demandar outros tipos de questionamentos, demonstrando a importância de conhecê-los.

Compreender essas incertezas éticas e entender como os profissionais se posicionam quando estão diante de um conflito, se mostra fundamental para o embasamento ético diário nesse tipo de assistência, podendo-se considerar essas incertezas vivenciadas como dilemas.

O estudo dos dilemas éticos do final da vida não tem por objetivo resolvê-los em definitivo, mas, antes de tudo, compreendê-los de forma adequada, entendendo os argumentos das distintas posturas, seu peso e suas limitações, de modo tal que possamos ter elementos suficientes para a realização de juízos ponderados e prudentes. (GRACIA, 2010, p. 431).

Levando em conta que a tomada de decisão clínica do fisioterapeuta é uma ação relevante para com o manejo do doente sem possibilidades terapêuticas de cura, a carência de estudos nacionais sobre a temática e a reflexão desses profissionais sobre os conflitos éticos encontrados em sua prática profissional, nos faz acreditar na relevância científica do assunto.

O propósito desta dissertação é investigar os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento fisioterapêutico frente a pacientes sem possibilidade terapêutica de cura, buscando entender quais critérios éticos os fisioterapeutas se baseiam para tomar decisão clínica.

Vários questionamentos éticos permeiam a prática clínica, principalmente quando estamos no eixo da tomada de decisão dos profissionais em relação ao

processo de finitude do doente. Para o fisioterapeuta, questões como limitação de atuação profissional e falta de recursos são considerados dilemas éticos.

Mas, o que é levado em consideração pelo fisioterapeuta quando ele precisa tomar decisão frente a pacientes sem possibilidade terapêutica de cura? Este estudo pode colaborar para a compreensão dessa tomada de decisão do fisioterapeuta.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de paciente sem possibilidades terapêuticas de cura.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais os conflitos éticos que os fisioterapeutas elegem na sua prática clínica voltada para pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura;
- Conhecer quais os critérios éticos em que os fisioterapeutas se baseiam para tomar decisão clínica;
- Averiguar se os conflitos éticos influenciam na atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura;
- Verificar se durante a formação acadêmica desse profissional existiu alguma disciplina que abordasse a temática da Bioética.

1.2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo do tipo “survey” com os profissionais fisioterapeutas cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO 1).

1.2.1 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado em meio virtual, nos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, a partir de uma parceria estabelecida com o CREFITO 1, no período de 1 mês (Dezembro/2017 a Janeiro/2018).

O CREFITO 1 é uma Autarquia Federal de última instância recursal que foi originada a partir da Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, que cria o Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Estes conselhos foram formados com a finalidade de supervisionar o exercício profissional dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Dentre suas funções estão uniformizar e fiscalizar os quesitos éticos, científicos e sociais das ações de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e das empresas que prestam serviço assistencial, dentro da circunscrição 1, esta formada por quatro Estados do Nordeste: Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas. Segundo a Resolução nº 424 de 2013 em seu artigo 3º, a profissão de Fisioterapia só pode ser exercida por aqueles que estiverem inscritos no Conselho Regional da Circunscrição referente ao seu local de atuação, sendo necessária atualização constante de seus dados cadastrais.

1.2.2 Participantes

Profissionais fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1.

1.2.3 Critérios de Inclusão de Participantes

Profissionais fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 que aceitaram o convite para participar da pesquisa.

1.2.4 Critérios de Exclusão de Participantes

Profissionais fisioterapeutas que não possuem correio eletrônico cadastrado no CREFITO 1.

1.2.5 Coleta de Dados e Instrumentos

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário semi estruturado de forma transversal analítica do tipo “survey”.

1.2.6 Método

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de livros, artigos científicos publicados em meio virtual, teses e dissertações.

Os descritores utilizados na língua portuguesa, inglesa e espanhola foram: “Bioética”, “Tomada de decisões”, “Assistência Terminal”, “Pessoal de Saúde” e “Fisioterapia”; Keywords: “Bioethics”, “Decision Making”, “Terminal care”, “Health Personnel” e “Physiotherapy” e, Palavra-clave: “Bioética”, “Toma de Decisiones”, “Cuidado Terminal”, “Personal de Salud” e “Fisioterapia”.

Para o levantamento bibliográfico foi realizado uma busca nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed)*, Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A escolha das fontes e descritores visava focar os artigos os quais referiam aos dilemas éticos vivenciados por profissionais de saúde frente a pacientes em fim de vida, sem delimitar intervalo de ano dos artigos. O Quadro 1 apresenta os artigos encontrados na pesquisa que foram selecionados para embasar esta pesquisa. Foram encontrados 51 artigos sobre o tema, sendo que obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, utilizou-se 21 para revisão bibliográfica

Quadro 1. Artigos selecionados para revisão não sistemática da literatura

Autor(es)/Ano	Título	Revista/Jornal	Objetivo	Método
Almeida e Schramm (1999)	Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics	Caderno de Saúde Pública	Analisar o principialismo nos dilemas morais da prática clínica	Revisão de Literatura
Araújo e Neves Junior (2003)	A bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia	Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo	Traçar um perfil dos profissionais da fisioterapia que trabalham em UTI e identificar a opinião desses	Pesquisa de Campo

	Intensiva		profissionais sobre alguns temas da Bioética como: pacientes terminais, autonomia do paciente, eutanásia e distanasia.	
Barnitt (1998)	Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service	J Med Ethics	Identificar os dilemas éticos experimentados por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que trabalham no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS). Comparar contextos éticos, temas e princípios entre os dois grupos.	Pesquisa de Campo
Bélangier, Rodriguez e Goleau (2011)	Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis.	Palliat Med	Sintetizar o conhecimento sobre o processo de tomada de decisão compartilhada (SDM) em cuidados paliativos.	Revisão de Literatura
Bonzeman, Slade e Hirsch (2009)	Understanding Bureaucracy in Health Science Ethics: Toward a Better Institutional Review Board	Am J Public Health	Analisar a burocracia na ética das ciências da saúde	Estudo de Caso
Campos e Santos (2013)	Preparo bioético em acadêmicos do curso de fisioterapia das instituições de ensino superior de Manaus	EFDesportes	Comparar a preparação bioética em acadêmicos iniciantes e finalistas do curso de fisioterapia.	Pesquisa de Campo
Reis Júnior e Reis (2007)	Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar.	Fisioterapia em Movimento	Condensar conhecimento científico relacionado ao papel da Fisioterapia em pacientes idosos com doenças terminais	Revisão bibliográfica pela metodologia Cochrane.
Chih <i>et al</i> (2016)	The Changes of Ethical Dilemmas in Palliative Care A Lesson Learned from Comparison Between 1998 and 2013 in Taiwan	Medicine (Baltimore)	Investigar os dilemas éticos encontrados pelos médicos e enfermeiros de cuidados paliativos em 2013 e comparar os resultados com a pesquisa em 1998.	Pesquisa de Campo
Gjerberg <i>et al</i> (2010)	Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes.	Social Science & Medicine	Examinar os tipos e a prevalência dos desafios éticos nos cuidados de fim de vida.	Pesquisa de Campo
Mobasher <i>et al</i> (2013)	Ethical Issues in the End of Life Care for Cancer Patients in Iran	Iranian J Publ Health	Identificar os dilemas éticos que os oncologistas iranianos podem enfrentar no ambiente	Pesquisa de Campo

			de saúde e determinar os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão.	
Sorta-Bilajac <i>et al</i> (2011)	How Nurses and physicians face ethical dilemmas – the Croatian experience	Nursing Ethics	Avaliar os dilemas éticos de enfermeiros e médicos na prática clínica.	Pesquisa de Campo
Granero-Moya <i>et al</i> (2016)	Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo	Atención Primaria	Conhecer as dificuldades encontradas por enfermeiras de atenção primária para promover os processos das diretivas antecipadas de vontade com pessoas em final de vida.	Pesquisa de Campo
Guardia-Mancilla <i>et al</i> (2017)	Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos.	An. Sist. Sanit. Navar.	Comparar a percepção da prática profissional e os dilemas éticos de médicos e enfermeiros no final de vida em atenção primária, hospitalar e residências de idosos.	Estudo descritivo, transversal e multicêntrico.
Sanchez-Garcia <i>et al</i> (2015)	Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales	Elsevier	Identificar as dificuldades e fatores enfrentados por profissionais no final da vida nas residências de idosos.	Pesquisa de Campo
Motta <i>et al</i> (2016)	Tomada de decisão em bioética clínica: abordagens contemporâneas	Rev. bioét. (Impr.).	Identificar situações que angustiam profissionais de saúde e/ou pesquisadores na prática clínica e apresentar sucintamente reflexões ou abordagens correlacionadas ao processo decisório em (bio)ética clínica em relação às situações identificadas.	Revisão de Literatura
Triezenberg (2000)	Beyond the code of ethics: educating physical therapists for their role as moral agents	Journal Physical Therapy Education	Apresentar um modelo para preparação educacional de estudantes de fisioterapia que prepara para assumir seu papel de agente moral	Revisão de literatura

Renner, Goldim e Prati (2002)	Dilemas Éticos presentes na prática do fisioterapeuta.	Rev. bras. Fisioter	Identificar os tipos de dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta.	Pesquisa de Campo
Shimpachiro (2003)	A Cross-national Replication of Physiotherapists' Perspectives on Professional Practice	J.Phys.Ther.Sci.	Investigar atitudes em relação ao conhecimento e prática profissional por fisioterapeutas japoneses.	Pesquisa de Campo
Pereira (2006)	Dilemas éticos ligados à prática do fisioterapeuta no atendimento da criança com deficiência física ou mental.	Dissertação de mestrado	Verificar os dilemas éticos presentes na prática profissional de fisioterapeutas, os quais orientam a construção de sua relação terapêutica com a criança com deficiência física e / ou mental e sua família.	Pesquisa de Campo
Santuzzi (2013)	Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática.	Fisioterapia e movimento	Refletir sobre o relacionamento ético do fisioterapeuta nas Unidades de Terapias Intensivas.	Revisão de literatura
Lorenzo e Bueno (2013)	A interface entre Bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados.	Fisioterapia e movimento	Estudar sobre as temáticas e a fundamentação teórica dos artigos indexados que pretendiam discutir a interface entre fisioterapia e bioética.	Revisão de literatura

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a segunda fase da pesquisa, foi elaborado um questionário contendo assuntos relacionados com os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento fisioterapêutico de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Ressalta-se que o questionário utilizado foi construído por esta pesquisadora tendo como base o princípalismo da Bioética, bem como o Código de Ética de Fisioterapia, que em suas disposições apresenta semelhança com os princípios da autonomia e da beneficência da teoria supracitada. Além disso, foi considerado, também os resultados obtidos nos artigos de R. Barnitt publicado em 1998 sobre os dilemas éticos em Fisioterapia e o de Renner, Goldim e Prati publicado em 2002. Assim, foi tomando-se como base nesse material em conjunto com os objetivos desta pesquisa até que fosse possível chegar a um instrumento capaz de coletar as informações necessárias para desenvolvimento desta pesquisa (APÊNDICE B).

As respostas foram apresentadas em uma escala de Likert de 5 pontos (1= não relevante; 5= extremamente relevante) além de um espaço aberto para sugestões e comentários. Esse questionário foi aplicado por meio eletrônico para

todos os participantes do estudo, que responderam em relação à relevância de cada competência. A coleta *online* foi realizada pelo programa *LimeSurvey*, que permite a redução de possíveis vieses por entrevistadores, além de ter como vantagens o baixo custo, o fácil acesso e a possibilidade de ser aplicado a distância.

Segundo Silva Junior e Costa (2014, p. 5), “a escala de verificação de Likert consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas com a sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância”. A facilidade para aplicação é um dos fatores positivos para o uso dessa escala, permitindo ao entrevistado expressar seu consentimento sobre qualquer assunto (COSTA, 2011 *apud* SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

De acordo com Turato (2005) estudos do tipo “survey” é utilizado para trabalhos quantitativos no eixo da saúde, estimando questões psicossociais ou opiniões através de enquetes. Esse tipo de estudo foi utilizado em Triezenberg (1996), Barnitt (1998), Renner, Goldim e Prati (2002), Araújo e Neves Júnior (2003) e Pereira (2006).

Para o contato com a população do estudo, foi discutido com o CREFITO 1 a melhor forma de envio do link de acesso ao questionário para todos os profissionais fisioterapeutas cadastrados. Assim, os questionários foram enviados pelo CREFITO 1 via e-mail, e foi criado também um banco de cadastro das respostas no software *LimeSurvey* (v.1.9).

O *LimeSurvey* é um software livre para aplicação de questionários *on-line* que possibilita importação e exportação de arquivos nos formatos .cvs, .sav, .xml e .xls. Ele pode ser configurado para acesso aberto ao público ou acesso controlado. Foi utilizado o acesso controlado por meio de códigos de acesso gerados pelo próprio software para cada participante do estudo. O instrumento foi encaminhado pelo CREFITO 1, simultaneamente, para todos os participantes.

Enviou-se também carta convite para participação na pesquisa, incluindo orientações quanto ao preenchimento do questionário e sua devolução. A carta convite foi acompanhada por um *link* protegido por senha para acesso ao questionário. A página inicial do *link* continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma que os participantes leram e aceitaram para conseguir acesso, ao finalizar o preenchimento do questionário todos receberam a cópia do TCLE via correio eletrônico. O prazo para devolução e aplicação foi de 1 mês e para aumentar a possibilidade de devolução do instrumento, foi reenviado um lembrete a

cada 7 dias via correio eletrônico com o *link* protegido contendo novamente o acesso ao questionário para os não respondentes.

As respostas dos questionários foram analisadas a fim de encontrar a percepção dos fisioterapeutas em relação aos aspectos bioéticos que envolvem o atendimento aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.

1.2.7 Processamento e Análise de dados

Foi utilizada uma planilha de *Microsoft Office Excel*® para processamento e análise dos dados. Os dados foram coletados, organizados em planilha e analisados de acordo com os achados, sendo apresentados em forma de gráficos e discussão dos resultados.

1.2.8 Aspectos Éticos

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e métodos do estudo, os que aceitaram participar assinaram o TCLE. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) sob o parecer nº 2.419.989.

O estudo possuiu riscos mínimos aos participantes, apenas pelo tempo disponibilizado para responder o questionário. Foi garantido, ainda, o anonimato quanto às informações fornecidas que possibilitassem a identificação dos participantes.

1.2.9 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos, sendo que a introdução apresenta o tema trabalhado e objetivos traçados, bem como o caminho metodológico percorrido, desde o desenho do estudo até os aspectos éticos que o envolveram.

No segundo capítulo foi iniciado o embasamento teórico, realizando uma abordagem sobre os cuidados paliativos e a Fisioterapia. Por sua vez, o capítulo três, traz uma breve explanação em relação a Bioética principialista, tendo em vista

atualmente ser o modelo de maior utilização para tomada de decisões na saúde, pautada em quatro princípios: Respeito pela Autonomia (“A pessoa escolhe”); Não-maleficência (“Evitar danos”); Beneficência (“Fazer o bem”) e Justiça (“Priorizar com equidade”).

Já no capítulo quatro tem-se a revisão não sistemática realizada para o desenvolvimento deste estudo, buscando-se discutir sobre os dilemas éticos na ótica dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e de fisioterapeutas.

Os resultados e a discussão estão apresentados no capítulo quatro. Por fim, as considerações finais que trazem a conclusão desse estudo.

2 CUIDADOS PALIATIVOS E FISIOTERAPIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 58 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo, nos últimos cinco anos, e 34 milhões destas mortes ocorrem por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. No Brasil, acontecem 1 milhão de mortes por ano em que 650 mil são por doenças crônicas. Hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ainda são os locais de maior ocorrência dessas mortes, correspondendo a 70% (PESSINI; BERTACHINI, 2005; ONU, 2012; GOMES; OTHERO, 2016).

Valdés (2014, não paginado) explanou, sob a ótica dos aspectos demográficos, acerca do envelhecimento como:

Está relacionado ao aumento da proporção de idosos em relação ao resto da população. No entanto, a importância de defini-lo como a inversão da pirâmide etária também tem sido considerada, pois o fenômeno não é apenas um aumento na proporção de idosos, mas também uma diminuição na proporção de crianças e jovens entre 0 e 14 anos.

Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2010, pôde-se correlacionar a diminuição da mortalidade do Brasil e o aumento da perspectiva de vida da sua população com o progresso tecnológico, investidas na saúde pública e o uso de antibióticos oriundos do exterior na década de 40 (IBGE, 2011; SILVA; DAL PRA, 2014).

Como um dos principais responsáveis para o exacerbado crescimento populacional de idosos no Brasil nos anos 2030-2050 está o encolhimento da fecundidade no país, projeções segundo o IBGE (SILVA; DAL PRA, 2014). Com a expansão cada vez mais avassaladora das doenças crônico-degenerativas, incapacidades, população idosa e demências nos mais diversos níveis e gravidades, tem-se percebido uma ampliação de locais que oferecem assistência paliativa, visto que essa população vem se beneficiando progressivamente com este tipo de intervenção (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Perante esse difícil contexto, os cuidados paliativos se lançam com uma proposta diferenciada de assistência na saúde e avançam gradativamente no Brasil. Concentra-se no enfoque ao cuidado integrado, por meio da prevenção e controle da sintomatologia de doentes com patologias graves que venham ameaçar suas vidas,

expandindo-se aos cuidadores, familiares e equipe de saúde (MATSUMOTO, 2012; GOMES; OTHERO, 2016).

Os países foram categorizados em 4 níveis de desenvolvimento dos cuidados paliativos. De acordo com a OMS, o Brasil encontra-se no 3º nível A (WPCA, 2014; GOMES; OTHERO, 2016).

Nível 1: Nenhuma atividade detectada;

Nível 2: Em capacitação;

Nível 3a: Provisão isolada;

Nível 3b: Provisão generalizada;

Nível 4a: Integração preliminar;

Nível 4b: Integração avançada.

As médicas Cicely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross tiveram, com seus formatos peculiares de cuidado, grande influência no desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo mundo (MENEZES, 2004). Cabe ressaltar que o nascimento desse movimento se deu na Grã-Bretanha sendo difundido, posteriormente, para os Estados Unidos, França e outros países (MARINHO, 2010).

O movimento *Hospice*, idealizado por Cicely Saunders, surge como protesto às formas de tratamento que eram disponibilizadas aos doentes em final de vida (DOYLE *et al.* 2003 *apud* MARINHO, 2010). A base do sofrimento enfrentado por esses doentes era a dor, sendo uma grande preocupação a elaboração de formas de controle desse sintoma (CLARK, 1999 *apud* MARINHO, 2010).

Esse novo modelo de cuidado foi se disseminando, tornando Saunders a precursora dos cuidados paliativos no mundo (PESSINI, 2005). O movimento chegou ao Brasil no final do século XX, porém sua ascensão se deu por volta do século XXI, trazendo consigo o nascimento de novos serviços e solidificando os primeiros (MATSUMOTO, 2012).

As palavras “cuidado” e “paliativo” derivam do latim *cogitātu* e *pallium*, cujos significados expressam atenção, cautela, manto e proteção. No ano de 1986, foi a primeira vez que a OMS definiu cuidados paliativos, porém para a ampliação do conceito para realidades locais e perfil epidemiológico, redefiniu em 2002 como:

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (WHO, 2002, p. 3).

Matsumoto (2012) elencou os princípios norteadores da prática multiprofissional em cuidados paliativos preconizados pela OMS:

- a) promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- b) afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- c) não acelerar nem adiar a morte;
- d) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- e) oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- f) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- g) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- h) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- i) deve ser iniciado o mais precocemente possível e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida até a morte o paciente vai precisar de formas variadas dos Cuidados Paliativos, dependendo sempre das necessidades do momento. Cada etapa tem os seus objetivos, mudando o foco a cada novo passo da evolução da doença, desde condutas modificadoras de curso até exclusivamente paliativas como demonstram as figuras 1 e 2 (SBGG, 2015).

Figura 1. Variação da necessidade de Cuidados Paliativos (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015)

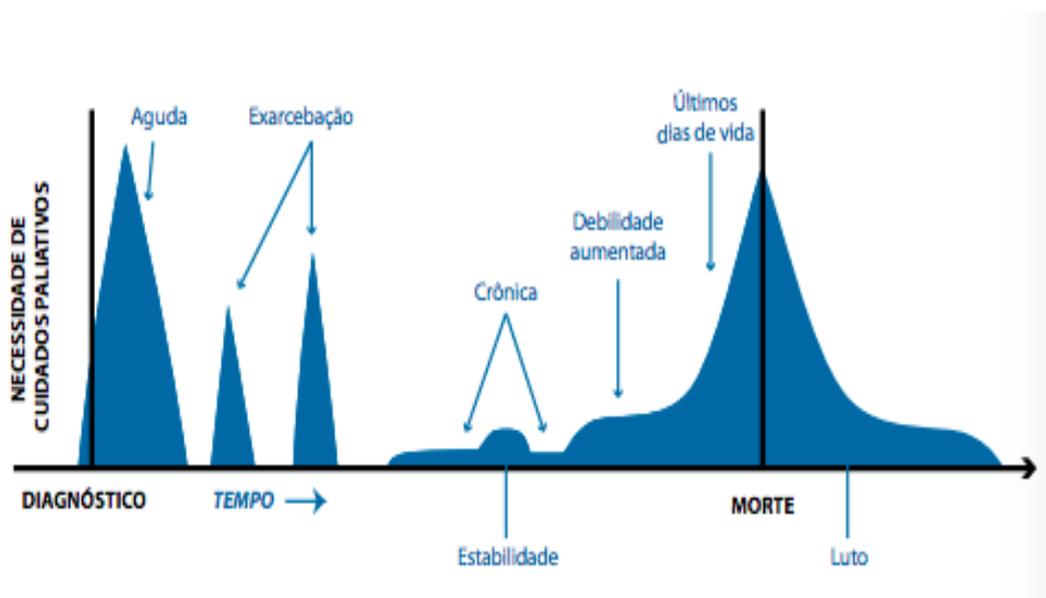


Figura 2. Mudança de foco/objetivos do cuidado. (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015)



O cenário dos cuidados paliativos no mundo mostra a Inglaterra como o país com maior abrangência desses cuidados, seguida pela Austrália e Nova Zelândia por serem os países que mais investem em cuidados paliativos, conforme relatório sobre qualidade de morte de 2015 (PEREIRA, 2018).

No Brasil, os cuidados paliativos ainda têm um desenvolvimento vagaroso (FIGUEREDO, 2006), porém a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP)

e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) são instituições que reúnem profissionais para discussão da temática e disseminação da prática (HERMES; LAMARCA, 2016). No país, grande parte das unidades existentes são em formatos de clínica da dor (PEIXOTO, 2004; PIMENTA, 2006).

Vale ressaltar que o Instituto Nacional de Câncer – INCA possui uma unidade exclusiva para pacientes em cuidados paliativos desde o ano de 1998 (PEIXOTO, 2004; HERMES; LAMARCA, 2016). Somente no Estado de São Paulo, estão localizados 34 dos 68 serviços de cuidados paliativos existente no Brasil (OTHERO *et al.*, 2015; GOMES; OTHERO, 2016). O jornal *The Economist*, em 2015, mostrou que o Brasil se encontra no fim da lista (em 42º lugar) no que diz respeito a qualidade de morte no mundo. Liderando os primeiros lugares estão o Reino Unido, Austrália e a Nova Zelândia (GOMES; OTHERO, 2016; VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Por meio dessa modificação de modelo, centrada no eixo do cuidar, a essência terapêutica volta-se para o controle dos sintomas, já que prejudicam a qualidade de vida, e uma assistência integrada, pois pode intervir no tipo da morte do indivíduo (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006; SILVEIRA; TRENCH CIAMPONE, 2014). A assistência nos cuidados paliativos precisa ser realizada de forma integral, abrangendo diversos seguimentos, entre eles o físico, espiritual, psicológico e social, a qual envolve um olhar cuidadoso e o diferencial de uma equipe multidisciplinar (HERMES; LAMARCA, 2016).

O enfoque multidisciplinar proporciona a troca de conhecimentos entre a equipe, além de facilitar o entendimento das fragilidades e condições que o doente sem possibilidade de cura se encontra (REIS JUNIOR; REIS, 2007; GIRAO; ALVES, 2013). Esse enfoque tem grande importância para os cuidados paliativos porque demonstra o quão fundamental é cada profissão, pois individualmente nenhuma consegue abarcar todas as nuances relacionadas ao cuidado desses pacientes, caracterizando a coletividade como destaque para uma adequada assistência (MCCOUGHLAN, 2003; REIS JUNIOR; REIS, 2007), como mostra a figura 3, descrevendo as necessidades dos pacientes e suas famílias quando estão vivenciando alguma doença ameaçadora de vida.

Figura 3. Necessidade do paciente/família durante a doença e o luto. (Retirada do Guia “Vamos falar de Cuidados Paliativos?” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015)



2.1 FISIOTERAPIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Alguns textos retratam que Hipócrates e, posteriormente, Galeno podem vir a ser os precursores da fisioterapia, já que utilizavam massagens, técnicas de terapia manual e hidroterapia para tratar os indivíduos por volta de 460 a.C (WHARTON, 1991; SHARMA, 2012).

No século XVIII, com o crescimento das doenças ligadas ao sistema locomotor, foram criados aparelhos para o tratamento da gota e doenças similares, voltados para realização de exercícios sistemáticos parecidos aos que vieram a ser desenvolvidos pela fisioterapia (APTAS, 2008; SHARMA, 2012). Em 1851, o médico alemão Dr. Lorenz Gleich utilizou pela primeira vez a palavra fisioterapia. Sua ascensão só aconteceu no início do século 20, quando mulheres treinadas em educação física começaram a tratar os soldados feridos durante a Guerra Mundial e crianças pelo surto da poliomielite (TERTOUW, 2006; SHARMA, 2012).

Em 1919, iniciaram-se as atividades da fisioterapia no Brasil por meio da criação do Departamento de Eletricidade Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Seguidos 10 anos, no local do Hospital Central da Santa

Casa de Misericórdia de São Paulo, foi introduzido um serviço de Fisioterapia (SANCHES, 1984; MARQUES; SANCHES, 1994).

O primeiro curso de fisioterapia do país foi projetado pelo Dr. Rolim, em 1951, para formar técnicos em fisioterapia durando até 1958, quando foi originada a Lei 5.029 que criou o Instituto de Reabilitação (IR) ligado à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Nessa mesma universidade, surgiu o primeiro curso de Fisioterapia com nível internacional mínimo para realizar atendimento aos programas de reabilitação que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) tinha interesse em expandir na América Latina (SANCHES, 1970; MARQUES; SANCHES, 1994).

A definição da fisioterapia pela Confederação Mundial de Fisioterapia constitui-se pelo “fornecimento de serviços a indivíduos e populações com objetivo de manutenção, desenvolvimento e maximização da restauração dos movimentos e habilidades funcionais no decorrer da sua vida útil nos eixos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (KUMAR; JIM, 2010; AFONSO; NOVO; MARTINS, 2014). Contudo, quando associada com a abordagem paliativa favorece o controle sintomático, colabora na instrução e conscientização aos cuidadores, estimula a autonomia e auxilia na evolução funcional do doente (REIS JUNIOR; REIS, 2007; FRYMARK, HALLGREN; REISBERG, 2009; GIRAO; ALVES, 2013).

A fisioterapia no Brasil foi regulamentada por meio do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, com o objetivo de definir as práticas privativas profissionais, além de promover a restituição e manutenção da funcionalidade do indivíduo (BRASIL, 1969). Em 08 de julho de 2013, por meio da Resolução nº 424, estabeleceu o seu código de ética e deontologia discriminando dentre suas responsabilidades fundamentais:

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.

Marques e Peccin (2005) destacam que durante os 40 anos de profissão, a fisioterapia passou por diversas transformações, visto que antes era alicerçada em bases reabilitadoras e pouco técnica, hoje, a prática baseia-se em evidências fundamentadas nas pesquisas científicas (MARQUES; PECCIN, 2005).

De acordo com o *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, o papel da fisioterapia nos cuidados paliativos é “potencializar o nível funcional do indivíduo integrando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e vocacionais” (KUMAR; JIM, 2010). O fisioterapeuta tem como função elaborar um programa assistencial que auxilie na evolução funcional do indivíduo, colaborando para minimizar o desgaste físico e suas consequências emocionais, sociais e espirituais até a aproximação de sua morte (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012). Da forma que auxilia no controle dos sintomas, favorece a funcionalidade, colabora para educação e orientação de quem cuida, bem como estimula o convívio familiar e com os amigos (MACKEY; SPARLING, 2000; REIS JUNIOR; REIS, 2007).

O aspecto preventivo deve ser levado em consideração pelo fisioterapeuta, porém os profissionais de saúde que atuam com esse perfil de pacientes são fundamentais para prevenir complicações tardias e auxiliar em medidas necessárias, orientando doentes e familiares, para prevenção de sofrimentos desnecessários (MARCUCCI, 2005; PAIAO; DIAS, 2013).

Mackey e Sparling (2000) entrevistaram doentes em cuidados paliativos e perceberam que o fisioterapeuta colabora para a qualidade de vida em processos de finitude, além de dar suporte no âmbito reflexivo referente ao significado de vida, prioridades e intenções, já que, em suas intervenções, conseguem ouvir o doente. Dahlin e Heiwe (2009) estudaram dezessete doentes em cuidados paliativos que referiram o fisioterapeuta como profissional fundamental em uma equipe de cuidados paliativos, pois auxiliava no alívio dos sintomas e independência.

2.2 TOMADA DE DECISÃO EM FISIOTERAPIA

Qualquer profissional que exerça função na área da saúde, em algum momento da sua vida, vai se deparar com a morte, portanto, esse profissional precisará dispor de instrumentos para lidar com essas situações. Fazendo referência ao fisioterapeuta, ele quase sempre em suas atuações tem relação direta com o doente e seus limites (MARCUCCI, 2005), sendo exigido um elevado saber técnico-científico em sua especialidade, além do conhecimento psicossocial (ARAÚJO; NEVES JUNIOR, 2003).

A formação do fisioterapeuta não é diferente da formação de outros profissionais da saúde, ainda segue com suas bases na doença e reabilitação (GALLO, 2005; BISPO JUNIOR, 2009; LADEIRA; SILVA JUNIOR; KOIFMAN, 2016), entretanto, fortemente, vem adquirindo espaço nas equipes interdisciplinares, compartilhando das tomadas de decisões e percebendo os conflitos éticos que envolvem a sua profissão (SWISHER, 2002; LADEIRA; SILVA JUNIOR; KOIFMAN, 2016) e os cuidados de saúde.

Swisher (2002) demonstrou que o fisioterapeuta tem uma função ética na tomada de decisão além de ressaltar a singularidade das suas questões éticas levantadas. Vasques *et al.*, (2013, p. 778) citam que:

Diálogo aberto, adequada comunicação de informações sobre o diagnóstico e prognóstico, solicitação de consentimento livre e esclarecido anterior à tomada de decisões acerca do cuidado e tratamento, parecem fundamentais e importantes. Dessa maneira, pode-se evitar a exposição desses pacientes a tentativas frustradas de buscar sua cura a qualquer custo, impingindo-lhes maior sofrimento.

De acordo com Baliza *et al.*, (2015), num contexto de finitude, a dificuldade para a tomada de decisão envolve demandas éticas relativas a preceitos morais, culturais e sociais.

Tomada de decisão é um processo essencial da natureza humana; portanto, ela está relacionada com diferentes noções de cultura. O conceito de tomada de decisão pode ser entendido como a seleção de alternativas óbvias ou soluções aceitáveis. Os atributos do conceito de tomada de decisão estão relacionados com a necessidade de fazer uma escolha deliberada entre duas ou mais opções, o que compromete o indivíduo a um caminho de ações e expressa a gama de expectativa de um ou vários objetivos específicos. (BALIZA *et al.*, 2015, p. 573).

Para Motta (2016), tomar decisão quando se está frente a um paciente em processo de finitude demanda diversos fatores relacionados ao cuidado, algumas vezes questões assistenciais, e outras, embates bioéticos referentes às condutas profissionais envolvendo família, paciente e equipe de cuidado.

3 BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

A Bioética, munida de recursos teóricos, fez-se peça fundamental no quis diz respeito à tomada de decisão na prática clínica (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2012; SIQUEIRA-BASTISTA *et al.*, 2014). Para Marco Segre (2002, p. 23), a Bioética constitui-se como: [...] parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde). A Bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida).

Nesse mesmo sentido, Levi e Lemos de Barros (1978, p. 286) afirmam:

Trata a ética clínica das condutas desejáveis no âmbito da relação que se forma entre o profissional da área da saúde e seus pacientes, criando-se, com isso, condições para que, por um lado, os valores pessoais dos seres humanos envolvidos sejam preservados e respeitados e, por outro, a prestação de serviço que constitui o objeto especial dessa relação possa alcançar a máxima eficácia possível.

Schramm (2012, p. 128-129) refere que a Bioética clínica “pode descobrir, explorar, entender e buscar solucionar os conflitos morais existentes no tratamento (ou cuidado) individual (ou pessoal) de pacientes”. Entrando um pouco no contexto histórico da Bioética no mundo, percebe-se uma gama de episódios expressivos que aconteceram nos últimos 100 anos, os quais serviram para caracterizar este ramo do conhecimento (GOLDIM, 1997; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012):

- O desastre de Lubeck (1930) – Aplicação de vacina preventiva para Tuberculose sem o consentimento dos indivíduos, ocasionando diversas mortes (REGO, PALACIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2014; MOTTA, VIDAL e SIQUEIRA-BATISTA, 2012);
- Implementação das Diretrizes para Novas Terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos (1933) – Neste mesmo ano, ocorreram diversas barbaridades com judeus e outras minorias, durante o período da segunda guerra mundial, em que essas crueldades foram apelidadas de pesquisas (REGO; PALACIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2014; MOTTA, VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);
- Código de Nuremberg (1947) – Foi instituído para orientar as pesquisas que envolviam seres humanos, fazendo referência principalmente ao consentimento

informado, respeitando os direitos dos indivíduos que participassem (OLIVEIRA, 2007; MOTTA, VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);

- O Tuskegee Syphilis Study (1932 – 1972) – Negros portadores da sífilis foram submetidos a uma pesquisa relacionada à morbidade da doença, entretanto não foram disponibilizadas a penicilina e nenhuma outra forma de terapêutica. Acrescenta-se que a penicilina era um tratamento eficaz para a doença, mas ainda assim foi negado (SCHRAMM; PALACIOS; REGO, 2008; KATZ *et al.*, 2008; BOZEMAN; SLADE; HIRSCH, 2009; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);

- A realização do primeiro transplante de coração (1967) – Surgiu a discussão acerca do “quando se morre?”. E quais são os critérios para definir a morte (ÁVILA; ÁVILA; GAUER, 2003; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);

- O caso de Karen Ann Quinlan (1975) – Jovem, comatosa, sem etiologia conhecida, em ventilação mecânica, quadro neurológico irreversível, o andamento do caso foi levado à justiça por seus pais para a suspensão do suporte ventilatório. Com parecer favorável da Suprema Corte de New Jersey, a jovem permaneceu com vida e sem ventilação mecânica por mais nove anos. Provocou um debate acerca da “terminalidade da vida” (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);

- Caso BaBy Doe (1982) – Criança com síndrome de Down e fístula traqueoesofágica que morreu devido a uma cirurgia corretiva não realizada por não existir autorização dos seus responsáveis. Ocasinou uma discussão a respeito da ética e legalidade em Neonatologia além da participação dos seus representantes legais (BONAMIGO, 2011; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012);

- Livro Princípios de Ética Biomédica – Escrito por Beauchamp e Childress, que criou a teoria principialista na Bioética e que obteve grande influência em diversos países (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

A publicação do livro *Principles of Biomedical Ethics* foi um marco para Bioética mundial, pois Beauchamp e Childress apresentaram uma teoria baseada em quatro princípios com foco para a área da saúde, no intuito de auxiliar nos processos decisórios relacionados às questões morais na prática assistencial (MOTTA, 2016).

O principal modelo bioético utilizado para tomada de decisões no âmbito da saúde no Brasil é o princípalismo, preconizado por Beauchamp e Childress (2002), elencando a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça como princípios fundamentais.

Pessini e Bertachini, (2005) demonstraram a tendência princípalista nos cuidados paliativos quando ressaltaram os princípios necessários dos programas de cuidados paliativos divulgados pela OMS, em 1986, e ratificados em 2002 (PESSINI; BERTACHIN, 2005; COSTA *et al.*, 2016).

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 89), “os princípios são diretrizes gerais que deixam espaço para julgamento específico em casos específicos e que ajudam explicitamente no desenvolvimento de regras e linhas de ação mais detalhadas”.

Esses princípios são considerados *prima-facie*, devendo-se considerar que não são absolutos e nem existe escala hierárquica entre eles. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)

Respeitar a autonomia de um indivíduo significa deixá-lo decidir sobre algo, proporcionando condições para um melhor exercício da sua autonomia, cessando medos e qualquer outro fator que venha prejudicar ou impossibilitar essa ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Nunes (2008, p. 44):

[...] respeitar a autonomia implica no reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesmo – livre e autônoma – capaz de autogovernar-se e de decidir por si mesma. Por isso, a informação antecede as escolhas de maneira a que essas possam ser livres e esclarecidas, devendo-se, subsequentemente, respeitar essas mesmas decisões.

Ugarte e Acioly (2014, p. 274) retrataram que:

[...] o termo autonomia significa capacidade de se autogovernar. Para que um indivíduo seja autônomo, ou seja, capaz de realizar escolhas autônomas, é necessário que este indivíduo seja capaz de agir intencionalmente e que tenha liberdade para agir intencionalmente.

Segundo Torres (2007) a autonomia acontece quando alguém permite ou recusa alguma terapêutica de forma livre, e está esclarecido dos riscos e benefícios da sua decisão, ou seja, dar o “consentimento livre e esclarecido”.

Kovács (2003) ressalta a importância de serem dadas todas as informações e opções ao doente, contextualizando-o e inserindo-o nesse processo de decisão, para que sua autonomia seja realizada.

Beauchamp e Childress (2002) diferenciam o princípio da não maleficência e da beneficência, sem hierarquias. Para eles, a não maleficência resulta na obrigação moral de não provocar ações que causem danos intencionalmente.

Mas o que seria o dano? Para estes autores, são ações que impossibilitam o cumprimento de algo, causando prejuízos, seja intencionalmente ou não. Os autores, em seu livro, optaram por analisar danos que promovam e possibilitem a morte ou risco de morte (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Cinco regras englobam a especificação do princípio da não maleficência: “a) Não matar; b) Não causar dor ou sofrimento; c) Não incapacitar outros; d) Não ofender; e e) Não privar outros dos bens da vida” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.183)

Não conseguimos falar sobre este princípio sem nos deparar na discussão de quando iniciar ou retirar algum tratamento de suporte de vida ou o questionamento de por que interromper um tratamento causa mais repercussão do que a decisão de inicia-lo.

Beauchamp e Childress (2002) demonstram que os profissionais de saúde se sentem responsáveis e culpados pela morte dos doentes, quando retiram o suporte vital, e quando não iniciam um tratamento, consideram que a morte é um processo natural da doença (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Os autores concluíram que a diferença entre não iniciar ou retirar um tratamento é moralmente irrelevante, e para tomar essa decisão, os profissionais de saúde devem estar atentos aos direitos e bem-estar dos doentes, além de demonstrar os riscos e benefícios do tratamento, escutando suas opiniões e decisões (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 245), a “Moralidade requer não somente que tratemos as pessoas autônomas e não lhes causemos mal, como também que contribuamos para seu bem-estar”. Os profissionais de saúde além de não ocasionar o mal, devem promover o bem-estar para os seus pacientes pois faz parte de suas obrigações morais.

Os autores do livro *Principles of Biomedical Ethics* demonstram que realizar uma ação com objetivo de fazer o bem (beneficência) é diferente de uma ação de promoção de bem-estar, realizada sem obrigações, apenas por uma virtude de

quem a pratica (benevolência), o que significa que a beneficência é uma obrigação moral de agir nos interesses do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

As regras para especificação da beneficência positiva são:

- a) proteger e defender os direitos dos outros; b) prevenir que aconteça algum dano aos outros; c) extinguir condições que possam prejudicar outros; d) ajudar as pessoas com deficiências e; e) Resgatar as pessoas em perigo. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 248).

As regras da não maleficência estão voltadas para as proibições negativas das ações, devem ser imparcialmente exercida e determinam razões para estabelecer proibições legais para as normas de conduta. Em contrapartida, as regras da beneficência apresentam positividade das ações, nem sempre devem ser obedecidas de forma imparcial e raramente demandam razões para sanções legais quando não realizadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio da beneficência é aquele que gera maior embate, que traz maior conflito com ~~sebre~~ o princípio da autonomia, visto que, de um lado temos o doente que precisa ter sua autonomia respeitada e do outro, a prática médica, que muitas vezes se contrapõe às vontades dos pacientes, em nome da beneficência, recaindo em práticas paternalistas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para a tomada de decisão no contexto da saúde, vários fatores são importantes, dentre eles a balança dos custos e dos benefícios de tais procedimentos/ intervenções terapêuticas, como citam Beauchamp e Childress (2002, p. 276), “Os próprios médicos em seu dia a dia já baseiam os seus juízos sobre o tratamento mais adequado entre os possíveis benefícios e prejuízos que possam causar ao doente”.

O quarto e último princípio, porém não menos importante, é o princípio de justiça, que segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 312) “nenhum princípio moral isoladamente tem capacidade de dar conta de todos os problemas de justiça”.

Para definir a justiça, diversos filósofos têm usados termos como equidade, mérito e propriedade (no sentido de ter direito), caindo numa interpretação igualitária, equitativa e de direito dos indivíduos. A injustiça seria uma ação impertinente que priva os direitos dos indivíduos, falhando na distribuição dos benefícios (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A justiça distributiva imprime uma distribuição igual, equivalente e apropriada na sociedade, estabelecida por normas justificadas. As mais variadas instituições públicas e privadas se utilizam dela para distribuição de direitos e deveres sociais. Porém, a fragilidade da justiça distributiva aparece quando existem situações de escassez e competitividade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 312).

Os princípios que especificam a relevância para uma terapêutica igualitária, são os princípios materiais, aqueles que vão identificar as propriedades substantivas para a distribuição dos direitos. Os autores consideram o princípio de necessidade (distribuição baseada na necessidade) como um princípio material válido de justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

As teorias de justiça surgem para especificar e apresentar os princípios, regras e juízos, tentando correlacionar as características pessoais com a distribuição de benefícios moralmente justificáveis. As teorias de justiça mais utilizadas são as utilitaristas (máximo bem-estar), libertárias (direitos a liberdade social e econômica), comunitaristas (princípios e práticas de justiça de acordo com as tradições de uma comunidade) e as teorias igualitaristas (bens de acesso igual para todos) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Quando surge o questionamento de quem deve receber os recursos de saúde ou quem tem prioridade nesse recebimento, Beauchamp e Childress (2002, p. 340) declaram que para esse processo decisório deve-se mesclar duas visões: a utilitarista (“máximo de benefícios para pacientes e sociedade”) e a igualitarista (“o valor igualitário das pessoas e as oportunidades justas”).

Este modelo bioético principialista apesar de bastante discutido e utilizado pelos profissionais de saúde para resolução de dilemas bioéticos, é muito criticado quanto a aplicação dos seus princípios, por eles serem muito abstratos para servir de guia de ação prática, e talvez em outras realidades sua aplicabilidade não possa fazer muito sentido.

4 DILEMAS ÉTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Neste capítulo tem-se a revisão não sistemática realizada para esta dissertação, buscando-se embasamento para identificação das questões propriamente éticas que envolvem os cuidados dos pacientes em fase de terminalidade. Inicialmente, o estudo volta-se para a visão dos profissionais de saúde sobre o assunto, considerando especificamente a ótica de médicos e enfermeiros e, em seguida, para a ótica dos profissionais de Fisioterapia.

4.1 ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

Assuntos concernentes ao início e fim da vida em qualquer sociedade, tornam-se um imenso desafio por envolverem diversos conceitos, sejam relacionados com a ciência e religião, como também de caráter humanístico, social, jurídico, bioético e moral (ALMEIDA, 1988; SILVA, 2014). Concentrando-se nas implicações oriundas do fim da vida, nos deparamos com as decisões de condução no tratamento e no processo de morte. Tais dilemas éticos¹ demandam reflexões que envolvem toda uma sociedade acerca das condutas mais apropriadas diante do término da vida (MESQUITA; MARANHAO, 2008; PAIVA; JUNIOR; DAMASIO, 2014).

Os dilemas éticos carregam consigo duas opções de terapêutica ou direcionamento de alguma situação, permeando todos os campos do exercício profissional dos trabalhadores da saúde, contudo, vulnerável à indagação moral ou social (RENNER; GOLDIM; PRATI, 2002; CHAVES; MASSAROLLO, 2009). A temática dos dilemas traz consigo diversas preocupações, motivando a coletividade científica a um processo incessante de estudo nos eixos legais e éticos (JUNGES *et al.* 2010).

Gjerberg *et al.*, (2010) buscaram identificar os tipos e a prevalência dos desafios éticos na visão dos profissionais de saúde que atuavam nas enfermarias de

¹ Dilemas éticos são decisões que os profissionais tomam que são baseadas em normas e procedimentos recomendados, e que o não seguimento dos mesmos ocasionam situações em que esses profissionais são considerados como sendo sem ética e com falta de conduta (SILVA, 2014 p. 90).

lares de idosos da Noruega. Foram entrevistados 664 profissionais. Os desafios de maior frequência foram a inadequação do cuidado pela escassez de recursos e desrespeito a autonomia e integridade do indivíduo.

No estudo de Guardia-Mancilla *et al.*, (2018) com 378 profissionais espanhóis que atuavam em hospitais, atenção primária e asilos, verificou-se que os dilemas éticos mais frequentes relacionados ao fim de vida estavam voltados ao uso das diretivas antecipadas de vontade.

Granero-Moya *et al.*, (2016) investigaram as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na atenção primária nos processos de tomada de decisão em fim de vida. Como resultados encontraram a falta de conhecimento sobre o assunto, dificuldades em comunicação, ausência de tempo e a relação interprofissional.

No estudo com oncologistas iranianos Mobasher *et al.*, (2013) perceberam que dizer a verdade, incerteza na definição do quadro do doente e a relação equipe e paciente foram questões éticas encontradas no cuidado a pacientes com câncer em final de vida.

Sanchez-Garcia *et al.*, (2015) identificaram problemas na comunicação da equipe com as famílias e a falta de incentivo para a participação dos doentes na tomada decisão como as principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais na atenção a idosos em final de vida que moravam em asilos espanhóis.

Para Sorta-Bilajac *et al.*, (2011) os dilemas éticos enfrentados por médicos e enfermeiros croatas em sua prática clínica estão voltados a limitação de terapias para manutenção da vida, eutanásia e suicídio assistido

Motta *et al.*, (2016) detectaram as inquietudes dos profissionais de saúde na atuação clínica e confrontaram aspectos relacionados a tomada de decisão em (bio) ética clínica. Verificaram que tomar decisão para esses profissionais caracteriza-se de maneira árdua, e que casos de início e fim de vida causam mais aflição e atritos. Dois aspectos da clínica que apresentam grandes dificuldades para os profissionais e suas equipes de saúde estão na comunicação de más notícias e no momento de estabelecer os cuidados paliativos.

Em um estudo comparativo entre os anos 1998 e 2013, Chih *et al.*, (2016) descreveram as mudanças de dilemas éticos em cuidados paliativos em Taiwan. Na pesquisa de 1998, os resultados foram dificuldade em orientar os doentes, famílias que não queriam levar o paciente para o domicílio e omissão da verdade pelas

famílias aos doentes, quando em 2013 os dilemas éticos estavam relacionados a alocação de recursos

4.2 ÓTICA DOS FISIOTERAPEUTAS

A Bioética não é uma realidade rotineira na prática do fisioterapeuta, percebendo-se um exercício profissional semelhante ao do profissional médico, que é voltado para a ética de Hipócrates, restringindo-se à execução de direitos e deveres estabelecidos no código de ética deontológico da profissão (PURTILLO, 2000; RENNEN; GOLDIM; PRATI, 2002; FIGUEIREDO, 2017).

Triezenberg (1996) identificou as questões éticas enfrentadas pelos fisioterapeutas daquele período. Com isso, encontrou questionamentos que envolviam direitos e bem-estar dos pacientes, fatores relacionados com a função profissional, economia e negócios.

De acordo com Barnitt (1998), os dilemas éticos com os quais se deparam os fisioterapeutas em sua prática ainda são pouco conhecidos. Em seu estudo com os profissionais do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, foi aplicado um questionário dividido em três partes, uma dessas partes os convidavam a descrever dilemas éticos vivenciados em seu exercício profissional. Os resultados obtidos envolveram a alocação injusta de recursos, falta de recursos, baixa eficácia do tratamento fisioterapêutico, conflitos entre a equipe, a vontade do paciente, recusa da terapêutica, confidencialidade e não falar a verdade. O ambiente hospitalar, segundo os fisioterapeutas da pesquisa, foi o local mais citado para ocorrência dos dilemas éticos.

Renner, Goldim e Prati (2002) analisaram os dilemas éticos presentes na prática fisioterapêutica dos profissionais que atuavam na cidade de Porto Alegre/RS. Por meio de um questionário, conseguiram identificar que a maioria dos dilemas relatados se baseava no limite de atuação profissional seguido pela falta de recursos, o não dizer a verdade e sobre a eficiência da terapia, chamando atenção o considerável número de questionários recebidos nos quais os fisioterapeutas fizeram referência à ausência de algum dilema ético.

Shimpachiro (2003) comparou percepções e atuações de fisioterapeutas japoneses com suecos e austríacos. Assim, percebeu que as variáveis culturais

influenciam no processo de tomada de decisão e que a maioria dos respondentes consideram a fisioterapia como profissão de cuidado e que pouco se preocupam com os problemas pessoais ou psicológicos dos pacientes. De acordo com os resultados obtidos, o autor fez a seguinte pergunta: Estamos, enquanto profissão, satisfazendo a demanda pública e atendendo às expectativas ou ainda estamos em um período de crescimento em direção à maturidade profissional?

Pereira (2006) investigou os dilemas éticos vivenciados por fisioterapeutas que atuam com crianças deficientes (física e/ou mental) e suas famílias na cidade de Campinas/SP. Pôde concluir que a maioria dos questionários respondidos vieram de pessoas com menos de 15 anos de profissão, muitos desses profissionais estão preocupados e comprometidos com a ética, mas não identificaram dilemas em sua atuação profissional e sim questões cotidianas como as relacionadas com a alta fisioterapêutica.

Santuzzi *et al.*, (2013) realizaram uma revisão sistemática sobre o relacionamento ético do fisioterapeuta nas UTI. Demonstraram que, em razão da rotina bastante intensa existente nessas unidades e da pequena quantidade de discussões desenvolvidas acerca dos dilemas éticos diários, deve existir uma modificação imediata na relação profissional-paciente. Puderam perceber pelo estudo de Badaró e Guilhem (2008) que os principais desafios éticos enfrentados pelos fisioterapeutas estão associados à falta de valorização profissional, relações profissionais, ética e ausência de ciência. Concluíram que a importância do fisioterapeuta nas rodas de discussões que envolvem dilemas éticos é essencial e que os profissionais de saúde necessitam de um maior entendimento a respeito das questões éticas e dos fatores ligados à humanização da assistência.

Lorenzo e Bueno (2013) descrevem vários conflitos envoltos na prática profissional do fisioterapeuta e citam os mais tradicionais como os relacionados ao fim e início de vida, autonomia do sujeito, recusa de tratamento e tomada de decisão quando existe alguma limitação de autonomia.

5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Este capítulo traz a pesquisa realizada com fisioterapeutas, onde se buscou entendimento sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento fisioterapêutico de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Ressalta-se que os resultados são voltados para atendimento dos objetivos traçados para esta pesquisa. Os resultados são analisados e discutidos em tópicos, conforme caracterização dos questionamentos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Após 30 dias de envio dos questionários, foram respondidos e retornados apenas 50 nos quais 64,58% das respostas eram de pessoas do sexo feminino, 33,33% do sexo masculino e apenas 2,08% não declararam sexo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da variável sexo dos questionários respondidos

Resposta	%	N
Feminino (F)	64,58%	32
Masculino (M)	33,33	16

*Sem resposta: 2,08%

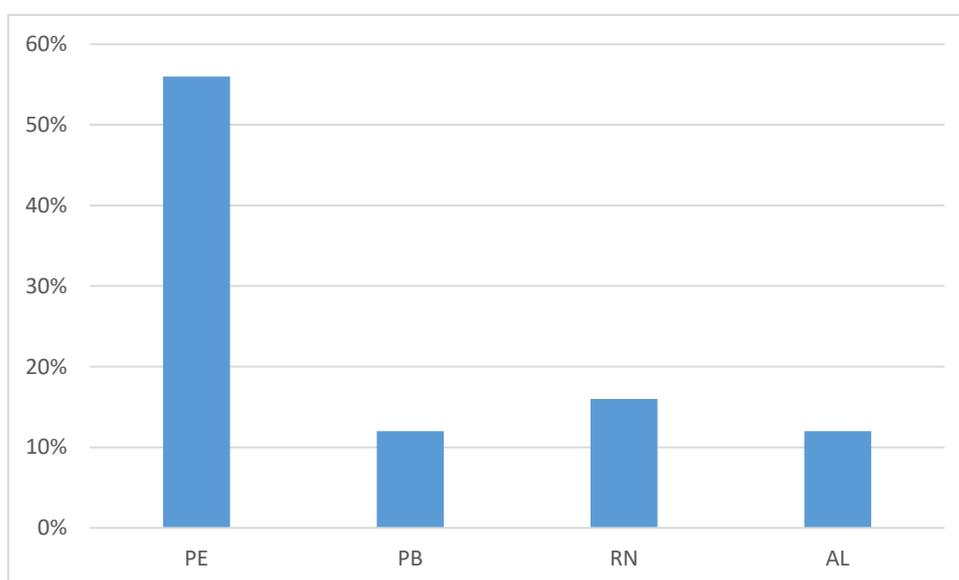
Em relação a variável “sexo” foi identificado um maior número de questionários respondido por mulheres (64,58%) corroborando os estudos de Pereira (2006) e Renner, Goldim e Prati (2002). Segundo o INEP/MEC (2016), em 2015 o número de concluintes do gênero feminino (548.682) em cursos de graduação no Brasil é consideravelmente maior que o do gênero masculino (367.681). Talvez essa diferença na quantidade de retorno dos questionários se dê pela maior presença de mulheres no cenário acadêmico-profissional. A média de idade dos participantes foi de 27.51 anos (24 – 46 anos) e quanto ao tempo de formação profissional, a maioria dos respondentes possuía, em média, 5 anos de formado.

Se compararmos com o estudo de Guardia-Mancilla *et al.*, (2018) percebemos uma grande diferença em relação a média de idade dos participantes que estava em torno de 44,58 anos e do tempo de formação já que permeava os 20 anos, entretanto, aproximou-se do estudo de Pereira (2006) quando refere que 42% da

sua amostra possui esse tempo em até 5 anos.

O estado de Pernambuco foi considerado como o local que os fisioterapeutas mais atuavam com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura como mostra o Gráfico 1. De acordo com o INEP/MEC (2015), dentre os estados de Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte e Pernambuco, este último é o que possui o maior número de instituições de ensino superior dos quatros e uma população maior de habitantes (IBGE, 2018).

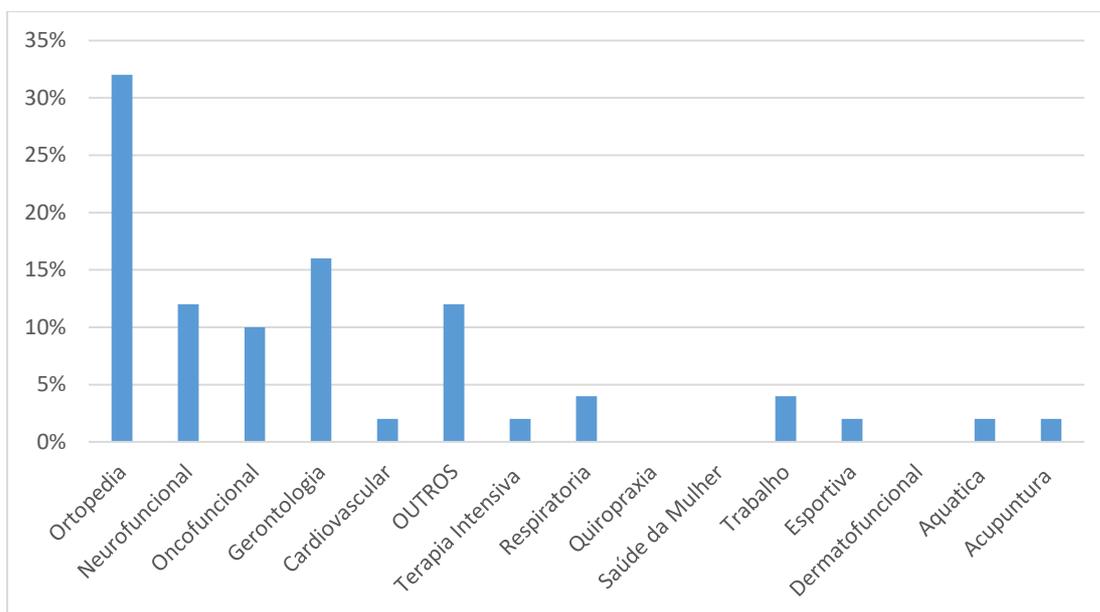
Gráfico 1. Distribuição por Estado dos profissionais fisioterapeutas atuantes com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura



A maioria dos fisioterapeutas possuíam apenas a graduação (35,42%) seguido por pós-graduação *lato-sensu* (27,08%) e *stricto-sensu* (20,83%).

Quanto à área de maior atuação reconhecida como especialidade pelo COFFITO, 32% dos participantes se enquadraram na fisioterapia traumato-ortopédica, 16% em gerontologia e 12% em Outros (serviço de *home care*, RPG, NASF, pilates, saúde pública e saúde coletiva) como demonstrado no Gráfico 2.

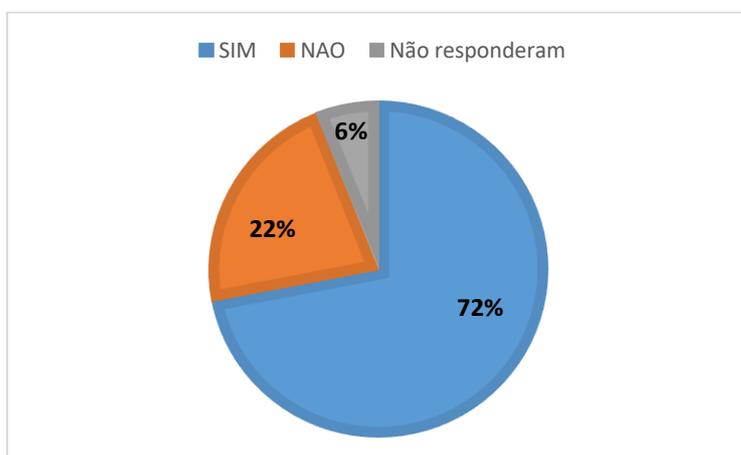
Gráfico 2. Relacionado a especialidade de maior atuação dos fisioterapeutas respondentes



Em Pereira (2006), a área de maior atuação concentrava-se na ortopedia e Renner, Goldim e Prati (2002) encontraram uma maior variabilidade de atuação na sua amostra, ambos os estudos reforçam os achados do nosso estudo, pois apesar da especialidade ortopedia aparecer mais vezes existiu uma grande diversidade em nossa amostra.

Quando perguntados se trabalhavam com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, 72% responderam que sim e 22% que não, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Relacionado a quantidade de fisioterapeutas que atuam com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura

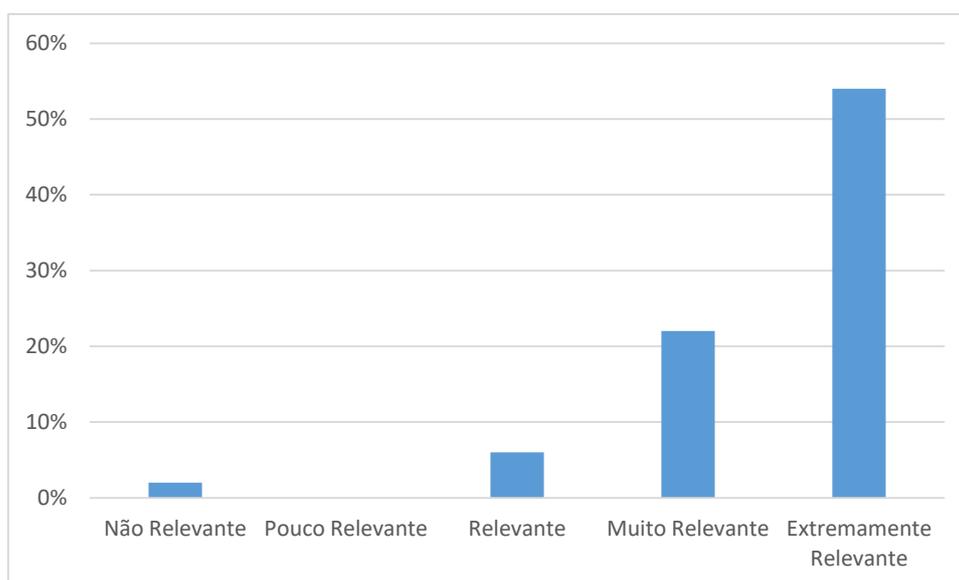


Conforme verifica-se a maior parte dos profissionais que participaram desta pesquisa atuam com cuidados paliativos, o que lhes dar maior propriedade para responder as perguntas posteriores. Importante mencionar nesse ponto, a pesquisa de Machado, Pessini e Hossne (2007), que verificou em seus resultados que mais de 60% da amostra de sua pesquisa com profissionais de uma equipe multidisciplinar que atua em UTI não tinham o conhecimento e o preparo necessário para lidar com o processo de morte dos pacientes, bem como os conflitos decorrentes desse processo.

A segunda parte da presente pesquisa consistia em respostas objetivas, marcando em uma escala de 1 a 5 o nível de relevância daquela afirmativa, em que 1 era considerado não relevante e 5 extremamente relevante.

Em relação à tomada de decisão durante o atendimento fisioterapêutico, 54% responderam que era extremamente relevante (Gráfico 4):

Gráfico 4. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão durante o seu atendimento



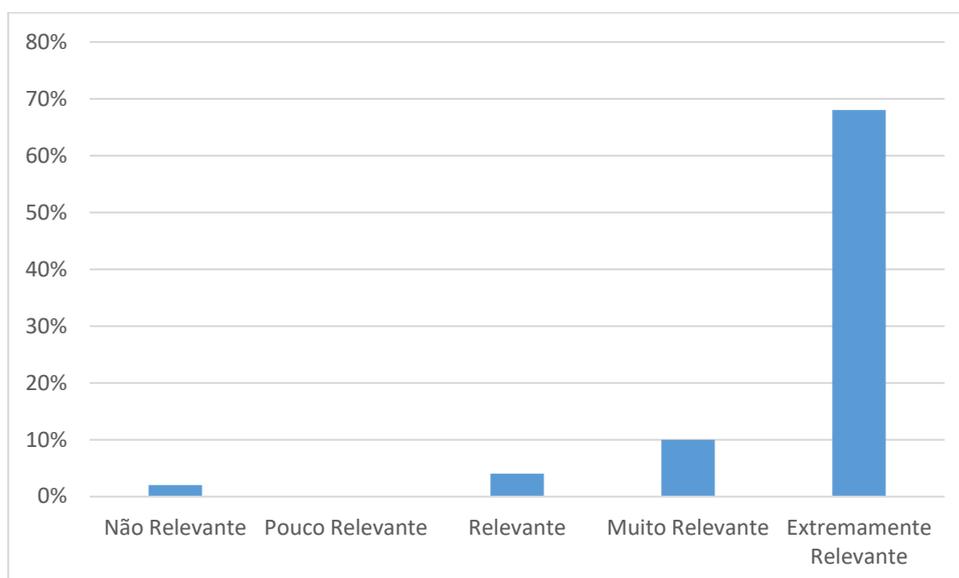
*16% não responderam esta pergunta

Conforme é possível verificar, os participantes desta pesquisa possuem consciência sobre a importância da tomada de decisão durante o atendimento fisioterapêutico. Os estudos ratificam que essa consideração é extremamente relevante, tendo em vista que, como bem destacam Machado, Pessini e Hossne

(2007), o dia a dia dos profissionais que atuam com pacientes no fim de vida é permeado por dilemas que requerem sua decisão, portanto, precisam estar preparados para tomá-las.

Quanto à discussão do caso clínico com equipe caso se deparassem com algum conflito ético, 68% declararam ser extremamente relevante (Gráfico 5).

Gráfico 5. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a discussão do caso clínico com a equipe frente a algum conflito ético

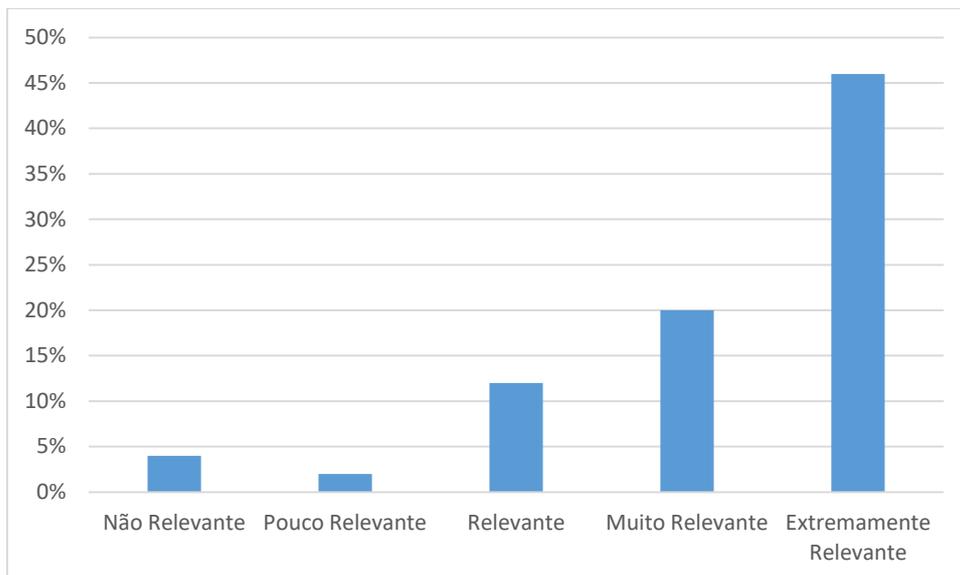


*16% não responderam esta pergunta

Machado, Pessini e Hossne (2007) elucidam que essa relevância da tomada de decisão da equipe em relação ao paciente em cuidados paliativos exige cada vez mais que sejam feitas reflexões Bioéticas, sendo necessário que tomem suas decisões pautadas no respeito à autonomia e à dignidade do paciente.

Prosseguindo com a análise, tem-se o questionamento relacionado à consideração do participante sobre a relevância da decisão por alguma conduta respeitando a vontade do paciente, os resultados estão apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando a vontade do paciente

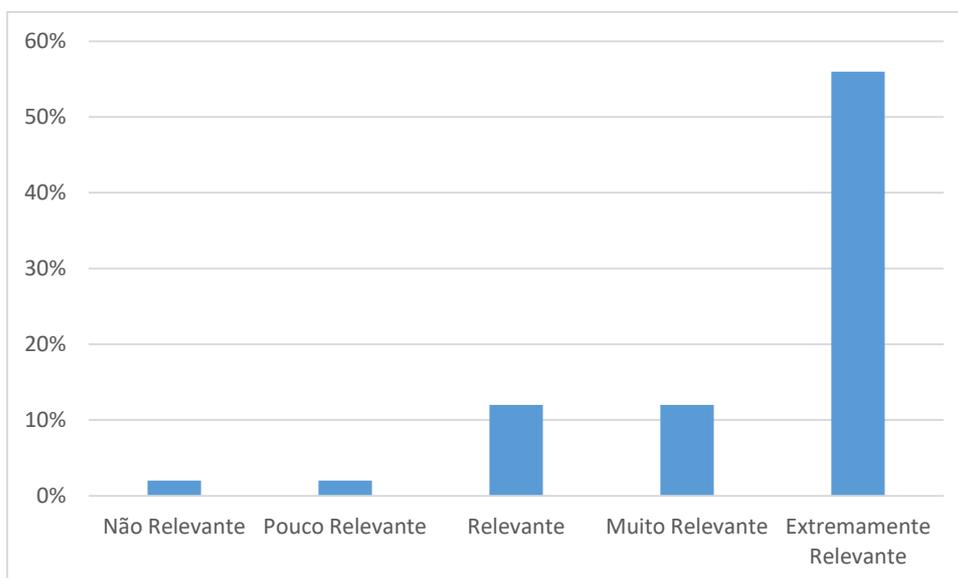


*16% não responderam esta pergunta

Conforme é possível verificar no Gráfico 6, 46% responderam ser extremamente relevante a tomada de decisão respeitando a vontade do paciente, ratificando o que foi destacado na pesquisa de Machado, Pessini e Hossne (2007).

A relevância da tomada de decisão respeitando o princípio da beneficência (fazer o bem) também foi verificada na percepção dos participantes, identificando-se que 56% consideram extremamente relevante (Gráfico 7).

Gráfico 7. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando o princípio da beneficência (fazer o bem)

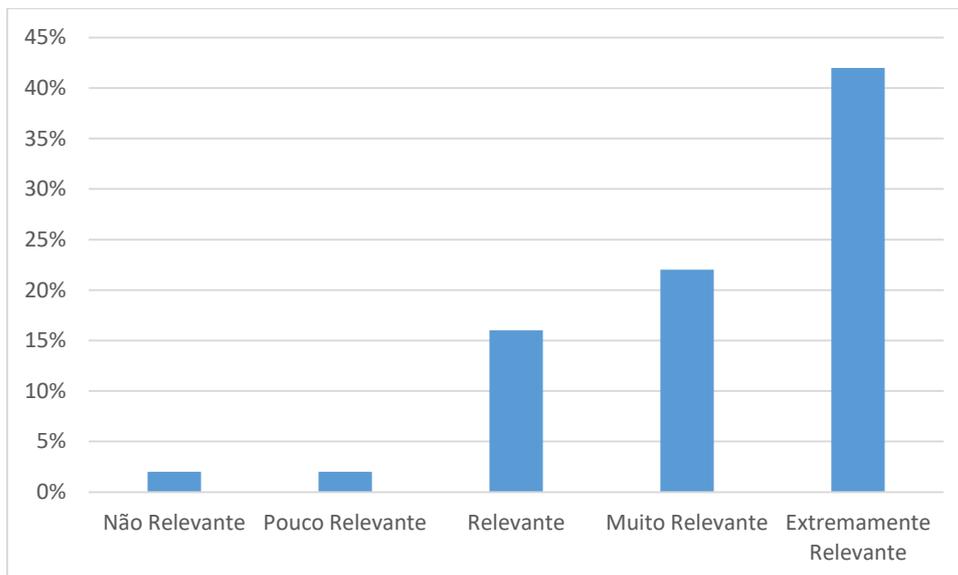


*16% não responderam esta pergunta

A partir das respostas dos participantes no Gráfico 7, é possível verificar o que se pode considerar como uma postura Bioética principialista (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2012; SIQUEIRA-BASTISTA *et al.*, 2014). Vale lembrar que o princípio da beneficência é aquele que gera maior embate sobre o princípio da autonomia, visto que, de um lado temos o doente que precisa ter sua autonomia respeitada e do outro, a prática médica, que muitas vezes se contrapõe às vontades dos pacientes, em nome da beneficência, recaindo em práticas paternalistas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Essa postura pautada numa Bioética principialista entre os participantes é ratificada quando 42% consideram como extremamente relevante tomar decisão sobre alguma conduta utilizando a justiça (Gráfico 8).

Gráfico 8. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a tomada de decisão respeitando o princípio da justiça



*16% não responderam esta pergunta

Beauchamp e Childress (2002, p. 312) sobre o princípio da justiça salientam que “nenhum princípio moral isoladamente tem capacidade de dar conta de todos os problemas de justiça”. Desse modo, entende-se que decidir com justiça é considerar todos os direitos dos pacientes, onde a injustiça seria uma ação impertinente que priva os direitos dos indivíduos, falhando na distribuição dos benefícios.

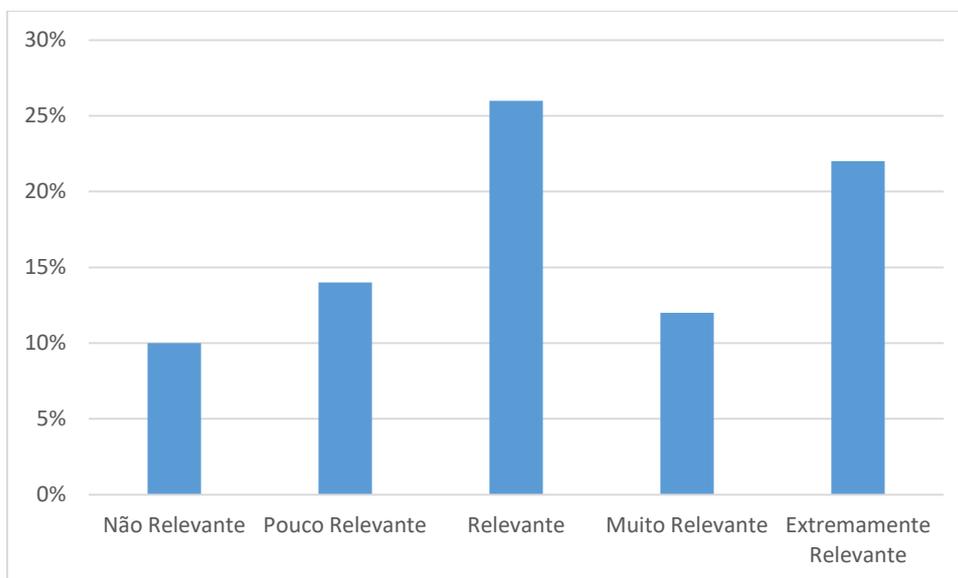
Diante dos resultados apresentados até o momento verifica-se que, pelo menos teoricamente, os fisioterapeutas que participaram desta pesquisa pautam sua prática nos princípios *prima-facie* da teoria principialista.

Relacionando as teorias Bioéticas de justiça, buscou-se melhor entender sobre a questão distributiva, quando surge o questionamento de quem deve receber os recursos de saúde ou quem tem prioridade nesse recebimento, sendo a utilitarista (“máximo de benefícios para pacientes e sociedade”) e a igualitarista (“o valor igualitário das pessoas e as oportunidades justas”) as mais frequentemente usadas. Assim, dois pontos foram considerados: os recursos financeiros como conflitos éticos que se apresentam no seu dia a dia, e a consideração da falta de recursos próprios, do paciente e do hospital, clínica ou unidade de saúde.

Quanto à falta de recursos financeiros próprios, o Gráfico 9 aponta os resultados encontrados, onde observou-se resultados mais divididos. Apesar dos

percentuais apresentarem-se maior nos índices de relevância podemos dizer que não houve consenso em relação ao assunto.

Gráfico 9. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros do fisioterapeuta ser um conflito ético

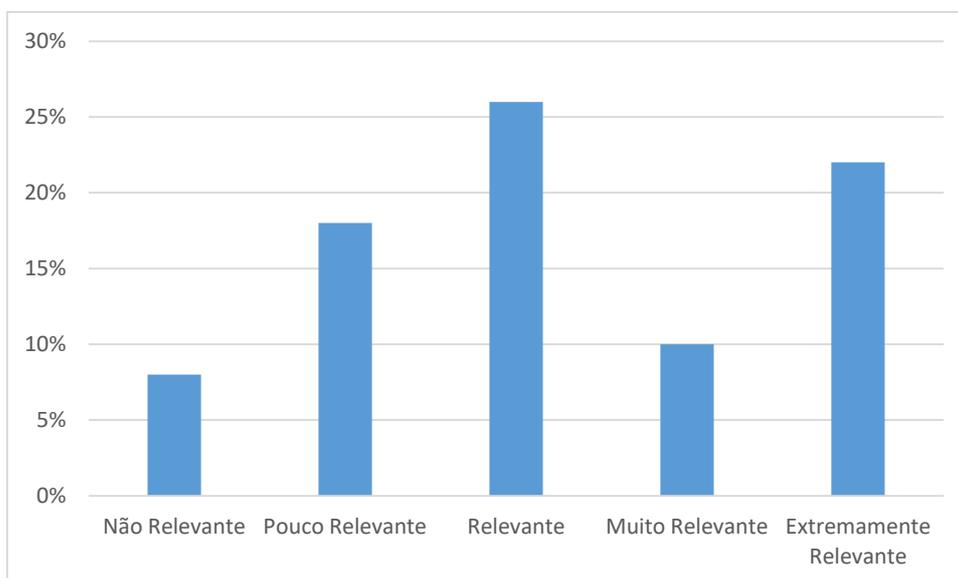


*16% não responderam esta pergunta

Ressalta-se com base em pesquisas como a de Silva, Lima e Seidl (2017), que problemas financeiros podem interferir na atuação do profissional de saúde que lida com cuidados paliativos, visto que pode interferir na sua visão de justiça.

Quanto aos recursos financeiros dos pacientes, verifica-se resultado semelhante à questão anterior, com 26% considerando a falta de recursos como um conflito ético relevante, porém, vários participantes referiram como pouco relevante ou não relevante, com isso podemos dizer que não houve consenso em relação ao assunto (Gráfico 10).

Gráfico 10. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros dos pacientes ser um conflito ético

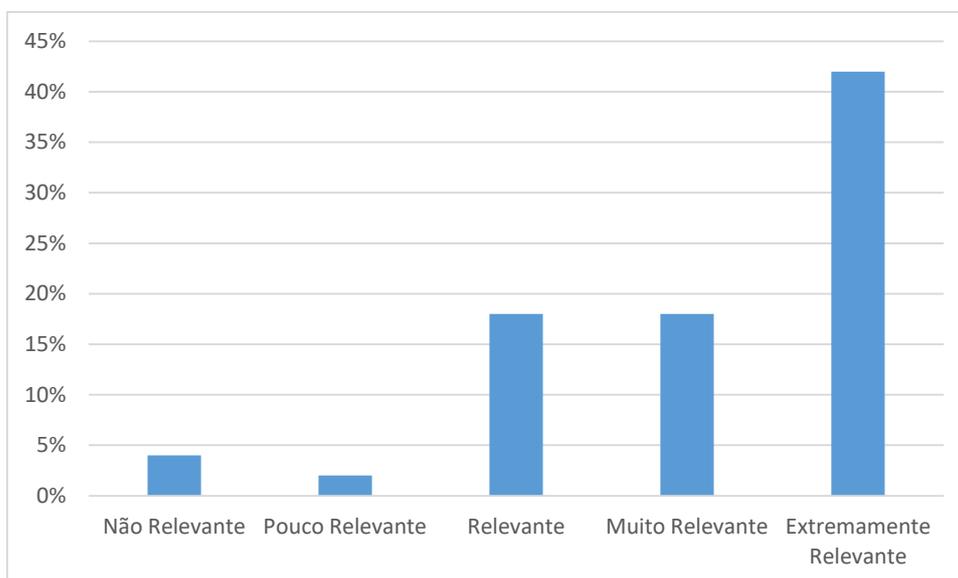


*16% não responderam esta pergunta

O resultado aponta a ausência de uma reflexão Bioética por 8% dos participantes que consideraram a situação financeira do paciente como não relevante. Sobre o assunto, Silva, Lima e Seidl (2017) consideram que esse fato aponta para uma desumanização do atendimento, com os profissionais tendendo a valorizar o manejo de pacientes críticos e discutir a decisão clínica sem adentrar o universo subjetivo.

Quando perguntados se a falta de recursos financeiros do hospital, clínica ou unidade de saúde seria um conflito ético, 42% responderam ser extremamente relevante (Gráfico 11).

Gráfico 11. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a falta de recursos financeiros do hospital, clínica ou unidade de saúde ser um conflito ético



*16% não responderam esta pergunta

A percepção sobre a falta de recursos do hospital, clínica ou unidade de saúde é considerada como de maior relevância enquanto conflito ético pelos participantes desta pesquisa, ao que parece aponta para uma visão em que a responsabilidade financeira é um conflito ético quando é originada do hospital, clínica ou unidade de saúde. Andrade (2008, p. 70) bem ressalta que:

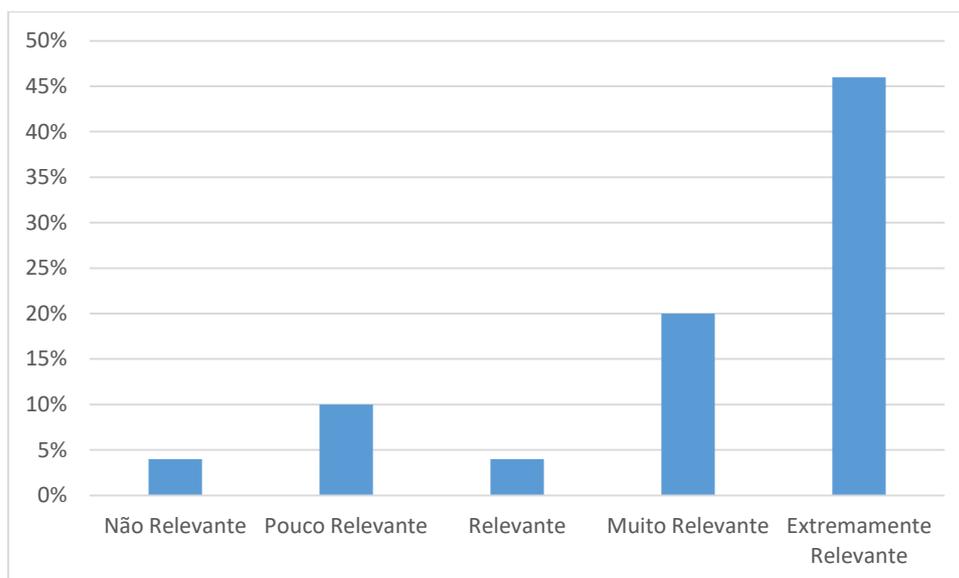
O reconhecimento dos limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos na questão, paciente, família e equipe, é ponto crucial para que a assistência proposta surta o efeito desejado. Afinal este reconhecimento traz a tranquilidade necessária para que a equipe possa atuar adequadamente, nem exigindo e solicitando demais ou de menos da família e do paciente; não indo nem além e nem aquém do que cada um pode oferecer. A “justa medida” deve ser buscada e pode ser assim obtida, visto que cuidar em nenhum momento pode se configurar como uma imposição e ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade e não uma tortura.

Nesse sentido, acredita-se ser necessária uma maior reflexão sobre as condições financeiras e os conflitos éticos diários como premissa para atendimento de princípios bioéticos em cuidados paliativos.

Passando a analisar a percepção dos participantes no que diz respeito à comunicação com o paciente e o atendimento aos princípios bioéticos quando se

deparam com conflitos éticos, foi perguntado aos participantes o quão relevante eles consideravam não dizer a verdade ao paciente como um conflito ético, verificando-se que a maior parte dos fisioterapeutas considera como extremamente relevante (46%) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a não dizer a verdade ao paciente ser um conflito ético

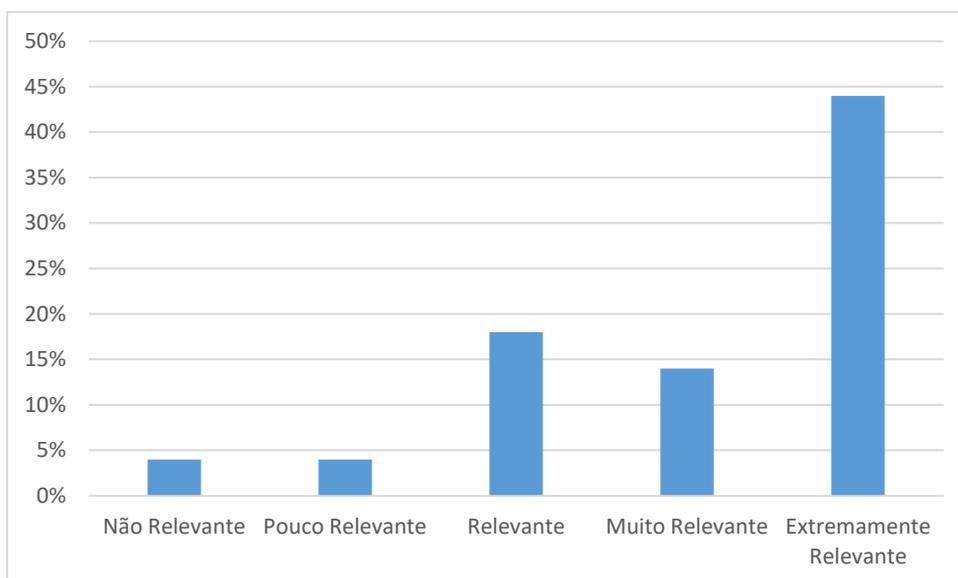


*16% não responderam esta pergunta

Kovaks (2008) afirma que não mais se admite discutir sobre o dever de informar ao paciente sobre sua situação, devendo ser confirmado sobre o que ele já sabe ou respondido sobre o que pergunta. De acordo com a autora, informar a verdade ao paciente faz parte do processo de morrer com dignidade.

Outro conflito ético que pode surgir no dia a dia dos fisioterapeutas foi a necessidade de limitar a eficiência de uma terapia em prol do aprendizado, verificando-se que 44% consideraram como extremamente relevante (Gráfico 13).

Gráfico 13. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a limitação da eficiência de uma terapia em prol do aprendizado

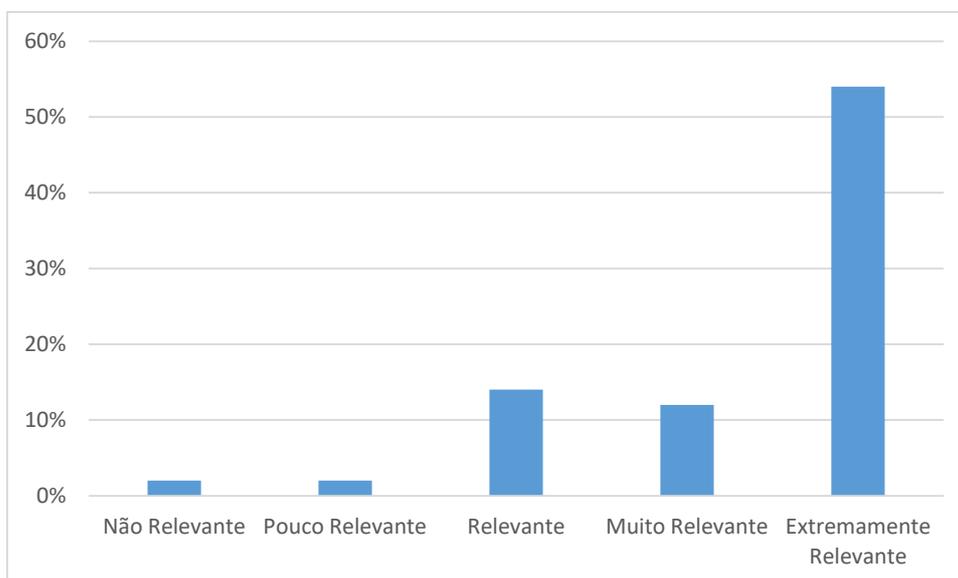


*16% não responderam esta pergunta

Essa questão da limitação da terapêutica em prol da aprendizagem também faz parte do processo de comunicação, sendo necessário que o profissional considere os princípios bioéticos para decidir sobre o assunto. Lembrando sempre de respeitos aos direitos do paciente, principalmente, seu direito a morrer com dignidade (ANDRADE, 2008; KOVAKS, 2008; SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

No que diz respeito à atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente hospitalar, 54% consideraram ser extremamente relevante, conforme pode-se verificar no Gráfico 14.

Gráfico 14. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente hospitalar



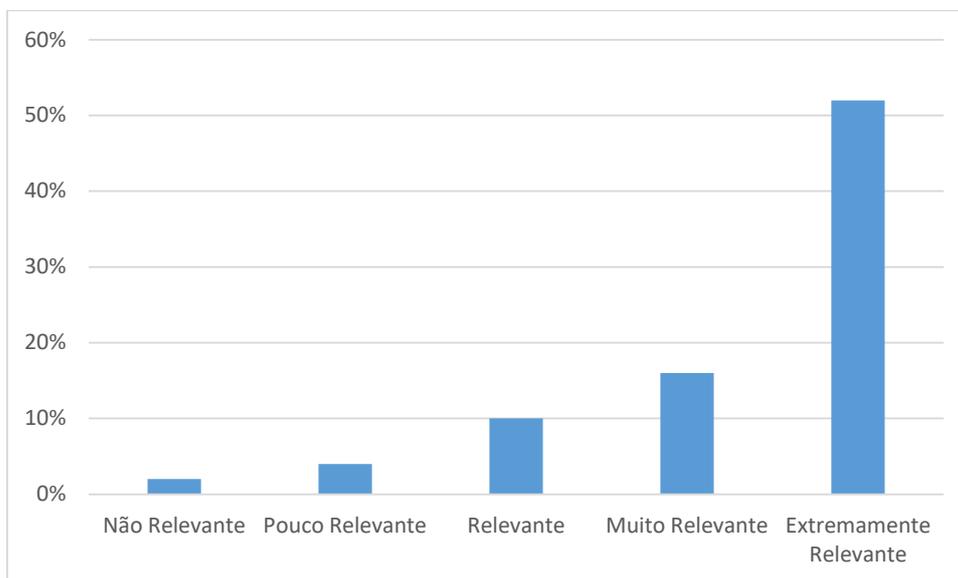
*16% não responderam esta pergunta

Sobre o assunto, Silva, Lima e Seidl (2017, p. 149) dissertam sobre a importância do profissional de fisioterapia:

A atuação do fisioterapeuta é fundamental em todo o processo saúde-doença, pois contribui para a promoção da saúde, tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, bem como em cuidados paliativos, com ênfase na qualidade de vida, preceito importante incorporado ao novo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia [...] O fisioterapeuta que trabalha com cuidados paliativos usa ainda recursos para aliviar a dor. Para esse tipo de trabalho terá à disposição alguns procedimentos terapêuticos que poderão minorar a dor e o sofrimento do paciente e auxiliar no seu manejo.

Nesse sentido, ratifica-se a importância da atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, contribuindo com sua prática para a promoção de qualidade de vida de pacientes terminais, aumentando as possibilidades de uma morte com dignidade. Ainda sobre a importância do Fisioterapeuta nos cuidados paliativos, voltou-se a atenção dos participantes para o atendimento domiciliar, com 52% considerando como extremamente relevante (Gráfico 15).

Gráfico 15. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente domiciliar

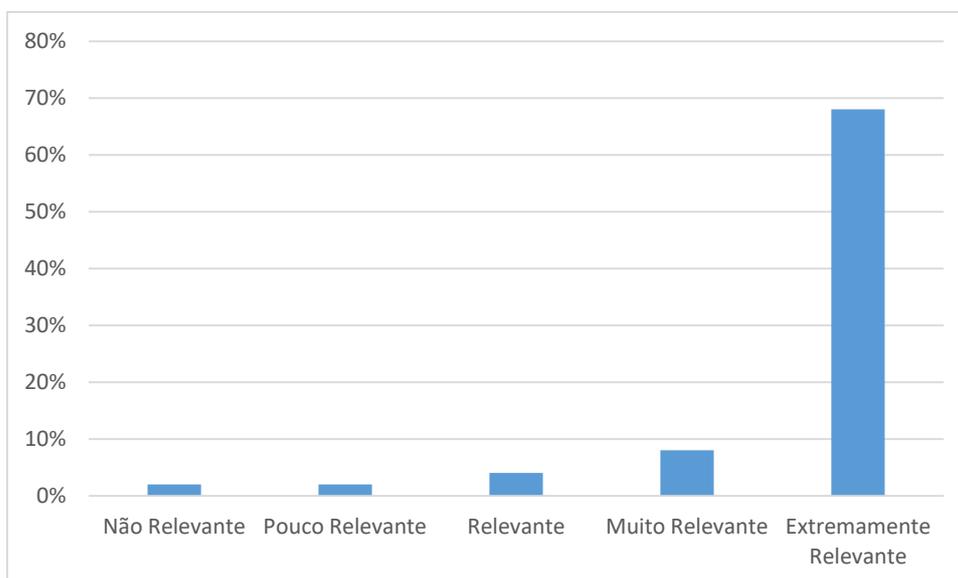


*16% não responderam esta pergunta

Silva, Lima e Seidl (2017) ratificam a importância do fisioterapeuta com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente domiciliar, todavia, salienta a importância de um maior preparo desses profissionais com base na Bioética, tendo em vista que o ambiente familiar traz conflitos Bioéticos que em muito se diferenciam daqueles que surgem em ambiente hospitalar, sendo necessário que ele esteja devidamente preparado para lidar com os mesmos.

Tomando a percepção dos participantes desta pesquisa sobre a importância da disciplina de Bioética para a formação acadêmica em fisioterapia, verificou-se que 68% das respostas consideram como de extrema relevância, conforme demonstra o Gráfico 16.

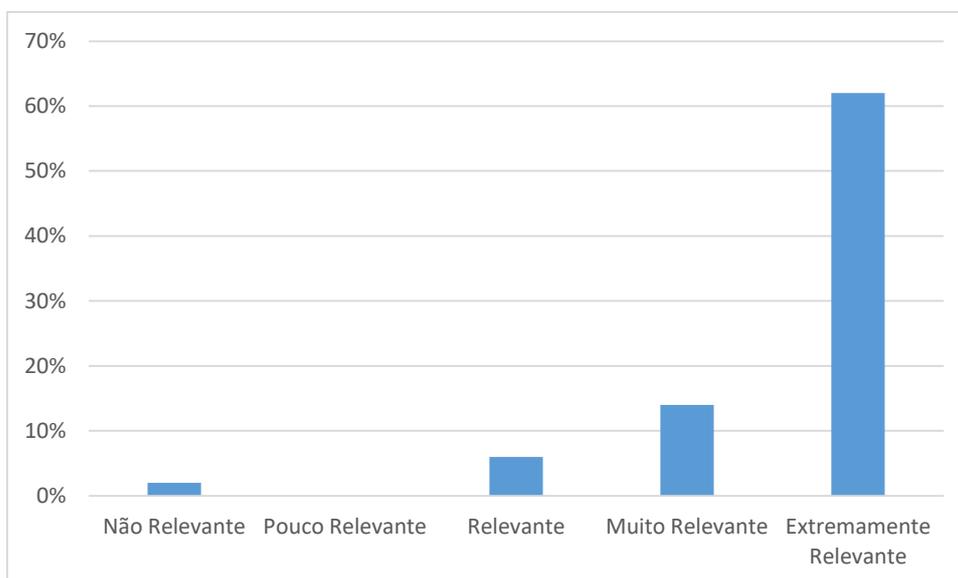
Gráfico 16. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a necessidade de uma disciplina de Bioética para a formação acadêmica em fisioterapia



*16% não responderam esta pergunta

A relevância da Bioética para a formação acadêmica em fisioterapia é indiscutível, considerando que os conflitos éticos na atuação do fisioterapeuta são inevitáveis, fazendo-se fundamental que sejam preparados para lidar com os mesmos (ANDRADE, 2008; KOVAKS, 2008; SILVA; LIMA; SEIDL, 2017). Finalizando esta etapa da análise, tem-se os resultados referentes à percepção dos profissionais sobre discutir conflitos éticos durante a graduação, com 62% considerando como extremamente relevante (Gráfico 17).

Gráfico 17. Relacionado ao nível de relevância considerado pelos fisioterapeutas quanto a importância de discutir conflitos éticos durante a formação acadêmica em fisioterapia



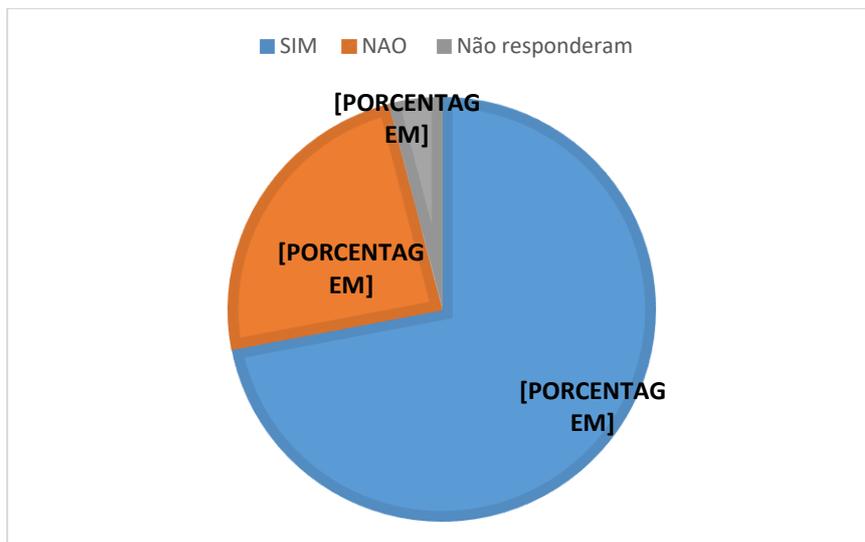
*16% não responderam esta pergunta

Silva, Lima e Seidl (2017) confirmam essa importância e destacam a incipiência de discussões como essa na formação acadêmica do fisioterapeuta, principalmente no que diz respeito ao tema dos cuidados paliativos e da terminalidade da vida. Assim, chama-se a atenção para essa questão, tendo em vista proporcionar maior dignidade aos pacientes nessa situação.

5.2 CONFLITOS ÉTICOS ELEITOS PELOS FISIOTERAPEUTAS FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA

Quando perguntados se conseguiriam identificar e descrever algum conflito ético durante a sua prática fisioterapêutica 72% responderam que sim, porém apenas 65% descreveram algum conflito.

Gráfico 18. Relacionado a identificação de algum conflito ético durante a sua prática



Diante dos conflitos éticos descritos pelos fisioterapeutas, seguem os que foram levantados:

Muitas das decisões tomadas diante de casos sem possibilidade terapêutica de cura são definidas pelo médico assistente sem discussão e alinhamento das condutas com toda a equipe ou com a família, sendo usual a decisão unilateral de “não reanimar (Fisioterapeuta 1).

Várias vezes... observo que ainda a decisão do futuro diagnóstico e/ou prognóstico, ainda é de domínio médico e quando estes não entendem os cuidados paliativos... Eles geralmente impõem o tratamento que eles julgam ideais (Fisioterapeuta 2).

Pode-se identificar que esses dois participantes descreveram questões relacionadas a tomada de decisão, trazendo suas inquietudes quanto às decisões não compartilhadas com e entre a equipe além dos pacientes e familiares, 54% responderam ser um assunto de extrema relevância. Ressalta-se que essa fala situa-se no núcleo da autonomia, tanto do profissional quanto do paciente, e do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar em saúde.

Bélanger *et al.*, (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o processo de tomada de decisão compartilhada em Cuidados Paliativos. De acordo com os estudos, a maioria dos doentes gostariam de participar, em parte, desse processo. No entanto, outros optam por deixar alguém decidir. Ressaltam também o pouco estímulo dado aos indivíduos para tomar a decisão, com escassas alternativas para discussão sobre o assunto, considerando que as expectativas dos

pacientes e familiares e o que o profissional de fato pode realizar, muitas vezes não condizem com o real quadro vivenciado. Com isso, as decisões vão sendo postergadas.

Souza e Santos (2014) trazem que um dos obstáculos para os profissionais refletirem a elaboração compartilhada do tratamento talvez se dê pela incapacidade de quebrar o ciclo hierárquico profissional-paciente. Para mudar o ciclo, poderia envolver os pacientes de forma ativa nas reuniões relacionadas com o curso da terapia. Segundo Lima, Rego e Siqueira-Batista (2015):

O emprego de diversos critérios para a tomada de decisão ao final da vida – processo que deve envolver enfermos (ou seus substitutos), familiares e profissionais da saúde – torna-se possível em um âmbito no qual prevaleça o respeito à autonomia, com todas as suas nuances e limitações. (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015, p. 37).

A *International Consensus Conference on End-of-Life Care* recomendou que a tomada de decisão em fim de vida deve ser realizada entre o médico, paciente e/ou família. No entanto, o *American College of Critical Care Medicine* reforçou e expandiu para serem compartilhadas também com a equipe multiprofissional (TRUOG *et al.*, 2008; TROTTA *et al.*, 2016).

Seis fisioterapeutas trouxeram o respeito à autonomia como conflito ético:

Paciente que tem como via principal de dieta a gastrostomia decide que quer receber dieta apenas por via oral (Fisioterapeuta 3);

Paciente jovem do sexo feminino... dependente de VMI controlada, 24 horas por dia. Após vários meses de internação e devido desejo da paciente de alimentar-se via oral, mesmo traqueostomizada e sob VMI continua (Fisioterapeuta 4);

Paciente sem possibilidade de cura terapêutica não querer, assim como sua família, a internação hospitalar (Fisioterapeuta 5);

Quando o paciente não tem possibilidade de cura e, mesmo assim, decide continuar realizando o tratamento (Fisioterapeuta 6);

Em especial, questões relacionadas com o respeito e a autonomia do paciente versus a tomada de decisão em equipe (Fisioterapeuta 7);

Em especial, no que diz respeito à autonomia do paciente versus decisões em equipe/decisões médica (Fisioterapeuta 8).

Kuhse e Singer (2009) em *A Companion to Bioethics* relataram a importância da autonomia para o processo de tomada de decisão, sendo o doente e o seu corpo

os principais afetados pela terapêutica, tornando-se o alicerce legal e moral para a determinação do consentimento informado.

Na percepção dos participantes desta pesquisa respeitar a vontade do paciente está embutida na conduta do fisioterapeuta já que 46% destes profissionais consideraram como fator de extrema relevância para a tomada de decisão corroborando com o estudo de Ladeira, Silva Junior e Koifman (2017) quando identificaram unanimidade nas respostas dadas pelos alunos de graduação de fisioterapia referente à tomada de decisão respeitando a autonomia do paciente. E em Pereira (2006), quando 52% dos fisioterapeutas referiram que não levar em conta a vontade do paciente é um dos principais fatores que podem interferir nas questões éticas entre o profissional e o paciente.

Em nosso questionário foram contempladas perguntas relacionadas a teoria principialista de Beauchamp e Childress (2002), contudo não apresentamos os conceitos, diferente de Renner, Goldim e Prati (2002) que mesmo disponibilizando as definições, os profissionais não conseguiram correlacionar os princípios com a prática. A consideração dos profissionais que participaram desta pesquisa em relação à autonomia como importante em sua prática pode relacionar com o que é apregoadado pelo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, que refere que os profissionais devem respeitar a autonomia, a beneficência e não maleficência dos seus pacientes (Resolução 424).

Quanto ao limite de atuação profissional, três fisioterapeutas fizeram os seguintes relatos:

Quando um paciente em cuidados paliativos com doença avançada encontra-se com restrição ao leito sem controle dos sintomas e é encaminhado pelo médico para fisioterapia com o objetivo de recuperar função (Fisioterapeuta 9);

Receber um paciente sem possibilidade terapêutica de cura com encaminhamento médico descrevendo o que deve ser feito para aquele paciente (Fisioterapeuta 10);

Quando nós, profissionais fisioterapeutas, recebemos os encaminhamentos médicos, com as prescrições fisioterapêuticas (Fisioterapeuta 11).

Em Renner, Goldim e Prati (2002) também foram relatadas situações como essas. Em seu estudo eles descreveram a fala de um dos pesquisados: "[...] um paciente vem à fisioterapia com diagnóstico e tratamento prescritos por um médico e

na avaliação fisioterápica verificamos outro diagnóstico ou a indicação de outro tratamento [...]". A Resolução nº 424 de 08 de julho de 2013 que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia em seu artigo 12, concede ao profissional a obrigação de estabelecer o diagnóstico fisioterapêutico, criar e executar o plano de tratamento. Isso aponta para os problemas da autonomia dos outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Outro dilema levantado pelos fisioterapeutas foi a futilidade terapêutica relacionados a pacientes em cuidados paliativos. Citam que:

A exigência dos cuidadores por um certo modelo de assistência que não contempla as necessidades do paciente sem possibilidade terapêutica de cura, tornando a conduta presa a um procedimento que não representa custo benefício importante, podendo muitas vezes, representar para o paciente muito mais um incômodo que não vale a pena (Fisioterapeuta 12);

Temos pacientes com dores crônicas, nos quais qualquer conduta utilizada, baseada em evidências ou não, parece não surtir efeito (Fisioterapeuta 13).

Em 56% dos questionários e pelas falas, conseguimos observar a existência de uma preocupação com o bem-estar dos pacientes, pesando os riscos e benefícios dos tratamentos propostos, em busca de uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos. Validando, Renner, Goldim e Prati (2002) também identificaram questões relacionadas a futilidade terapêutica, com os fisioterapeutas que participaram de sua pesquisa descrevendo o dilema como eficiência e competência da terapia.

Josen *et al.*, (2010) caracterizam futilidade terapêutica como método de tratamento em que sua eficiência não é comprovada ou possível, bem como está fadada ao fracasso.

Para entendermos a futilidade de tratamento, devemos levar em consideração o conceito de boa morte, contudo, esse conceito tende a ser interpretado de forma diferente entre os pacientes, cuidadores, familiares e profissionais de saúde (FELIX *et al.*, 2013). Nesse mesmo sentido, Menezes e Barbosa (2013, p. 2659):

A "boa morte" é um modelo oferecido para doentes e seus familiares, com conhecimento sobre o diagnóstico e o prognóstico, para que participem da tomada de decisões, com a equipe. Desde a comunicação sobre o quadro, alternativas terapêuticas, avanço da enfermidade e gestão do último período de vida.

Antecipação da morte, desproporcionalidade de tratamentos (obstinação terapêutica e futilidade), implementação dos cuidados paliativos são consideradas formas de terapêuticas voltadas para os pacientes em terminalidade. Por isso, é fundamental a reflexão voltada para a eutanásia, distanásia e ortotanásia (FELIX *et al.*, 2013).

Eutanásia tem origem grega, em que "Eu" significa "bom", e "thanasia", que significa "morte", sendo denominada como boa morte, de modo que a etimologia da palavra evidencia também morte digna, piedosa, caridosa (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004; LIMA NETO, 2012; GIANELLO; WINCK, 2017).

Segundo Lima Neto (2012), a eutanásia incide em extinguir o sofrimento de um indivíduo doente, com prognóstico ruim ou em processo irreversível, adiantando ou possibilitando formas para a realização da morte.

A eutanásia pode ser classificada de diferentes formas, quanto à forma de ação empregada, como: eutanásia ativa, eutanásia passiva e duplo efeito. Todavia, para Singer (2012) discutir a diferença entre as diferentes formas de praticar eutanásia é algo irrelevante, isso porque trata-se de uma distinção forjada, já que em todas o fim é o mesmo. Em suas palavras: "não podemos fugir à responsabilidade simplesmente direcionando a nossa intenção para um efeito, e não para o outro" (p. 219).

De acordo com Martin (1998), a outra forma de classificação da eutanásia, baseia-se no consentimento informado:

- a) Eutanásia Voluntária:** o paciente deseja esse acontecimento, essa morte (semelhante ao suicídio assistido), tendo como ponto principal o desejo, a pessoa tem o desejo e faz o pedido;
- b) Eutanásia Involuntária:** o paciente não deseja que se realize, óbito contra a vontade (espécie de homicídio);
- c) Eutanásia Não Voluntária:** a morte acontece, porém, não se sabia o desejo do paciente.

No Brasil, a prática da eutanásia é classificada como crime, conhecido como homicídio privilegiado, de acordo com o artigo 121 do Código Penal Brasileiro (SANTOS *et al.*, 2014; GIANELLO; WINCK, 2017), definição também aplicada em vários outros países, exceto na Holanda, Suíça e Bélgica (SIQUEIRA-BATISTA, 2004; FELIX *et al.*, 2013).

A distanásia, conhecida também como obstinação, encarniçamento ou futilidade terapêutica (MARTIN, 1998) é caracterizada como uma morte difícil ou

arrastada, a vida sustentada ao máximo por qualquer custo, sem preocupação com a qualidade e dignidade dessa vida (SELLI; ALVES, 2009; FELIX *et al.*, 2013). Tem ligação direta com os avanços tecnológicos, ciência e empreendedorismo na medicina (MARTIN, 1998).

Em relação à Ortotanásia, significa não investir em condutas persistentes, desnecessárias, que pretendam retardar a morte de doentes quando a possibilidade de cura seja inexistente (REIRIZ *et al.*, 2006; PESSINI, BERTACHINI, 2004; SANCHEZ; SANCHES; SEIDL, 2013), o que não significa adiantar a morte, mas torná-la humanizada. Trazer o indivíduo para o meio do processo, incentivando a exercer sua autonomia e, com isso, incluindo respeito, solidariedade e compaixão (SIQUEIRA; ZOBOLI; KIPPER, 2008; SANCHEZ; SANCHES; SEIDL, 2013).

Mais da metade dos questionários avaliaram que limitar uma terapia em prol do aprendizado é um conflito ético relevante a extremamente relevante, dito isso, segue um relato descrito como dilema: “Sujeitar pacientes a cuidados de estudantes em processo de formação que ainda não dominam totalmente os métodos e técnicas” (Fisioterapeuta 14).

Outra questão observada por dois participantes do nosso estudo foi a respeito do não falar a verdade, seja para o paciente ou sua família:

Adiar a conversa sobre a não possibilidade de voltar a andar e o prognóstico de cadeira de rodas (Fisioterapeuta 15);

Duas irmãs com uma síndrome genética rara e prognóstico sombrio... a mãe da criança me chamou... ela me confidenciou que, no outro período, foi informada pelo antigo fisioterapeuta de que, com o atendimento fisioterapêutico, as crianças voltariam a ter uma vida ativa e normal (Fisioterapeuta 16);

Acredito ser extremamente importante conversar com a família a respeito do prognóstico do paciente (Fisioterapeuta 17).

No estudo de Barnitt (1998) 15% dos fisioterapeutas consideraram não dizer a verdade um conflito ético, já Renner, Goldim e Prati (2002), verificaram que os profissionais de saúde que participaram de sua pesquisa referem que não existe dilema em relação à veracidade, pois a verdade é uma obrigação profissional, e só não deve ser dita se o doente não desejar saber.

Para Mobasher *et al.*, (2013) as maiores objeções quanto ao fato de não dizer a verdade são provenientes dos pedidos realizados pelas famílias.

Percebemos muitas vezes que o problema em falar a verdade tem ligação direta com a dificuldade ou até o medo em dar más notícias a esses pacientes e familiares. Essa questão foi relatada por dois fisioterapeutas:

Tive alguns conflitos éticos relacionados com os familiares e até mesmo com o próprio paciente, sendo questionada em relação ao prognóstico... nesses casos, muitas vezes, ficamos sem saber como proceder (Fisioterapeuta 18);

A mãe da criança me chamou e muito esperançosa e empolgada, perguntou se eu seria a responsável por fazer com que as meninas voltassem a andar... me vi diante de uma situação embaraçosa. Afinal, eu seria a fisioterapeuta que traria a dolorosa verdade para a mãe (Fisioterapeuta 19);

Slort *et al.*, (2011) realizaram uma revisão de literatura sobre comunicação entre profissionais de saúde e pacientes em Cuidados Paliativos. Verificaram que dentre os principais empecilhos citados estavam a dificuldade profissional em querer falar sobre a doença/prognóstico devido o momento que aquele paciente está passando. Pelos achados, sugeriram que os profissionais que atuem com Cuidados Paliativos estejam presentes diante de seus doentes, sejam claros e escutem, explanem questões relativas ao fim de vida, respeitem a autonomia dos indivíduos e tenham manejo para lidar com fatores emocionais e espirituais, lançando mão de uma boa comunicação.

Fontes *et al.*, (2017) realizaram uma revisão integrativa de literatura na enfermagem sobre comunicação de más notícias. Com isso, puderam perceber que a transmissão de más notícias predomina e é constantemente versada na oncologia e cuidados paliativos, pela dificuldade no cuidado e proximidade ao fim da vida.

Araújo e Leitão (2012) trouxeram em seu estudo a necessidade de evidenciar uma comunicação mais qualificada citando também que “no contexto da saúde não é direcionada somente para a díade ‘assistente e assistido’, mas deve envolver todos os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar. Dessa forma, o vínculo com o paciente envolve também toda a rede de profissionais que a integram”.

Cialkowsak-rysz e Dzierzanowski (2013) pesquisaram em graduandos se o medo da própria morte e sua filosofia de vida estavam intimamente ligados ao impedimento em dar más notícias. Concluíram que quem prefere saber sobre a proximidade da morte procura comunicar aos pacientes sua terminalidade.

Granero-Moya *et al.*, (2016) perceberam, em estudo realizado com enfermeiros da atenção primária, que a falta de habilidade em comunicação de notícias difíceis é uma barreira a ser quebrada, bem como está relacionada com uma deficiência na formação e falta de experiência nesse contexto. Segundo Silva (2012, p. 51):

Reconhecer as barreiras mais comuns de uma comunicação interpessoal adequada nos ajuda em cada encontro. Dar notícias difíceis é um processo gradativo, vale repetir, que envolve mais do que um único encontro. Podemos “ler” no comportamento e na fala do indivíduo seu interesse em continuar ou não uma conversa, um tema (olhar na direção de quem fala ou não, ficar em silêncio ou não, perguntar sobre o tema ou não, esclarecer detalhes sobre o que está sendo dito ou não...). As pessoas precisam da verdade durante toda a vida, não apenas no fim dela, por respeito, para poderem desenvolver sua autonomia e arbítrio. Por essa razão receber más notícias faz parte da nossa vida.

Em nosso estudo verificamos em duas falas, a falta de compreensão acerca dos cuidados paliativos:

Estudantes de fisioterapia, sobretudo os do último ano da graduação... não estão completamente motivados para lidar com pacientes que necessitem de cuidados paliativos. A lentidão dos resultados terapêuticos ou até a falta dos resultados é fator desmotivante para os estudantes. Em muitas situações, para o docente-fisioterapeuta também (Fisioterapeuta 20);

Inexistência de um protocolo institucional que direcione a conduta da equipe multiprofissional diante dos casos sem possibilidades terapêuticas de cura (Fisioterapeuta 21).

Santos *et al.*, (2017) analisaram o entendimento de enfermeiros, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas acerca do atendimento aos pacientes em fim de vida na UTI oncológica e notaram uma fragilidade nessa compreensão, chamando atenção para a deficiente formação profissional diante da temática.

Chover-Sierra *et al.*, (2017) puderam perceber a existência de várias definições equivocadas e déficits de formação acerca dos cuidados paliativos em seu estudo com enfermeiros espanhóis.

Para Rashleigh (1996, p. 61), “uma ampla gama de complicações físicas ocorre na fase terminal do câncer. Esses problemas físicos precisam ser geridos por profissionais treinados para lidar com eles, incluindo fisioterapeutas”.

Cardoso *et al.*, (2013) demonstraram que existem vários desafios para uma equipe composta por diversos profissionais atuarem nos cuidados paliativos. Dentre

os descritos em seu estudo, estão a necessidade de habilidades para lidar com o processo de finitude e o despreparo da equipe como gerador de muitos conflitos.

Quando o fisioterapeuta 18 relata sobre a falta de um protocolo direcionador de conduta, devemos lembrar que, segundo o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, o cuidado paliativo tem suas bases em princípios, não em protocolos, já que a abordagem do doente deve ser intimamente individualizada dificultando o estabelecimento de protocolos (MATSUMOTO, 2012).

Machado *et al.*, (2007) analisaram o preparo e a formação de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas atuantes em UTI. Assim, concluíram que o entendimento global da equipe acerca do processo de fim de vida é muito deficitário, bem como, em razão dos altos índices de doenças crônico-degenerativas, é essencial que esses profissionais passem a ter capacidade, qualificação e traquejo para lidar com essas circunstâncias.

Outra questão identificada como dilema pelos fisioterapeutas, está relacionada a falta de recursos financeiros dos pacientes, como citam quatro profissionais:

Em relação ao custo financeiro, embora o paciente não tenha condições para pagar custos de materiais e aparelhos que facilitem e melhore o prognóstico dele (Fisioterapeuta 22);

Paciente sem condições financeiras de adquirir um equipamento que iria alavancar seu tratamento (Fisioterapeuta 23);

Trabalho muito com pesquisa, e o principal conflito que lido é a não possibilidade de ajuda financeira aos participantes... que não tem condições financeiras para se deslocar ao ambulatório (Fisioterapeuta 20);

Saber que o paciente precisa do tratamento e não pode pagar (Fisioterapeuta 24);

Comparando com o estudo de Renner, Goldim e Prati (2002), este nacional, 25% da sua amostra considerou a falta de recursos apenas como financeiros, legitimando nossos achados. Porém, no estudo de Barnitt (1998), mesmo a falta de recursos sendo o dilema mais levantado pelos fisioterapeutas, foi a falta de recursos assistenciais, ou seja, para materiais e equipamentos para proporcionar um atendimento de qualidade, e não financeiros. Em Pereira (2006), o fator financeiro não foi julgado como motivador de dilemas.

Swisher (2002) realizou uma revisão na literatura entre os anos de 1970-2000 para analisar retrospectivamente o conhecimento da ética em fisioterapia. Verificou que de 1970-1979 as principais temáticas giravam ~~entorno~~ (em torno) do papel da fisioterapia para tomar decisão, consentimento informado, ética em pesquisa, contexto histórico e ensino da ética em fisioterapia. Já em 1980-1989 as discussões eram relacionadas aos aspectos filosóficos que entrelaçam os questionamentos éticos, a justiça como princípio para alocação de recursos, consentimento informado e responsabilidade ética profissional, contudo em 1990-2000 a escassez de recursos estava entre os temas mais presentes validando os resultados encontrados no nosso estudo. Chih *et al.*, (2016) comparam as transformações dos dilemas éticos apresentados por enfermeiros e médicos de nove unidades de cuidados paliativos de Taiwan no ano de 1998 com o de 2013. Concluíram que todos os dilemas éticos no ano de 2013 estiveram associados aos recursos insuficientes.

Chigbo *et al.*, (2015) evidenciaram que um questionamento moral oriundo do profissional pode aparecer quando o paciente tem que parar o tratamento por não conseguir arcar com as despesas. E Mobasher *et al.*, (2013, p. 81) trouxeram que dentre os desafios éticos, “os problemas financeiros estão até certo ponto relacionados com o mesmo problema de decisões”. Os recursos financeiros nesta pesquisa também não foram considerados como um conflito ético por alguns profissionais que participaram desta pesquisa:

A questão [financeira] não é um conflito ético. É saber (ambas as partes) que apesar de o paciente ter todo suporte médico e fisioterapêutico necessário, isto irá melhorar qualidade vida em vários cenários de vida, mas que não haverá cura (Fisioterapeuta 25);

Precisamos de mais participação dos profissionais de fisioterapia que atuam no dia a dia no Crefito 1. Creio que o Crefito 1 não saiba de 10% do que acontece nas clínicas no dia a dia. Precisamos de uma renovação no Crefito 1. Afinal, só nós que estamos no dia a dia sabemos. A luta do dia a dia contra os planos de saúde e seus preços, contra a abertura de faculdades e formação de profissionais incapacitados que estão colocando no mercado. Então, diante de tudo meu único conflito ético é com o nosso Crefito que não está próximo ao profissional. Creio que por causa que nenhum desses profissionais não estão atuando no dia a dia e estão há muito tempo por lá. Estamos esperando uma renovação no Crefito 1 (Fisioterapeuta 26);

Precisamos de mais atuação dos profissionais de fisioterapia... contra a abertura de faculdades e formação de profissionais incapacitados (Fisioterapeuta 27).

Reconhecer dilemas éticos, relacionar tomada de decisão clínica com a ética e interação com os pacientes, são tópicos recorrentes na ética em fisioterapia (SWISHER, 2002).

Para Beauchamp e Childress (2002) os dilemas acontecem devido a divergências existentes entre princípios morais ou regras. Podem ser apresentados em dois formatos:

- Podem ser oferecidas razões melhores para agir de acordo com a norma prioritária do que com a norma que está sendo infringida (por exemplo, se certas pessoas têm um direito, seus interesses merecem um lugar especial ao serem ponderadas contra os interesses de pessoas que não possuem um direito equivalente);
- O objetivo moral de justificar a infração possui uma expectativa realista a ser alcançado;
- A forma de infração escolhida é a menor possível, comparada com a obtenção do objetivo primordial da ação;
- O agente procura minimizar os efeitos negativos da infração. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 52).

Segundo Isabel Baptista (2011) se precisamos decidir entre uma ou várias respostas éticas possíveis, estamos diante de um dilema ético. Germano (2013) retrata o dilema como:

O dilema ético nos coloca diante da dificuldade de escolher a solução ideal, de um raciocínio que parte de premissas contraditórias e mutuamente excludentes, em relação a uma determinada situação, ambas ingratas ou mesmo contrárias ao nosso sentir. Daí a importância de construirmos uma cultura ética no cotidiano do exercício profissional [...]. (GERMANO, 2013 apud SILVA; OLIVEIRA, 2017, p. 1).

Todavia percebemos que existe uma dificuldade de conhecimento e identificação dos profissionais a respeito do que é um dilema ético. Oliveira e Rosa (2016) estudaram conflitos e dilemas éticos vivenciados por enfermeiras no centro cirúrgico. Perceberam dificuldade de identificação dos conflitos/dilemas éticos, e que as entrevistadas entendem dilema ético como “decisão diante de uma situação vivenciada” e conflito ético como “divergências de opiniões”.

Assim como em Renner, Goldim e Prati (2002) e Pereira (2006) percebemos uma pequena quantidade de retorno dos questionários e respostas, algumas vezes não pertinentes, talvez isso aconteça pelo pouco conhecimento e envolvimento no assunto, falta de compreensão e reflexão acerca da ética/Bioética.

5.3 TEMÁTICA DA BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA

Acredita-se que se deve falar da formação acadêmica em fisioterapia porque em nossos achados, as maiores porcentagens foram referidas a questão acadêmica e durante as respostas conseguimos identificar algumas deficiências acerca da temática dos cuidados paliativos e da Bioética.

No estudo, 80% e 82% dos pesquisados consideraram de relevante a extremamente relevante discutir conflitos éticos e a existência da disciplina de Bioética na graduação. Para Taquette *et al.*, (2005) se faz necessário uma discussão ética efetiva no âmbito prático da saúde.

Campos e Santos (2013) compararam a preparação Bioética em acadêmicos iniciantes e finalistas do curso de fisioterapia das instituições de ensino superior em Manaus. Aplicaram um questionário com perguntas relacionadas à prática clínica em fisioterapia, o relacionamento terapeuta-paciente e o relacionamento terapeuta com os profissionais de saúde.

Em duas instituições, a Bioética está incluída na ementa das disciplinas Bases da Fisioterapia e Ética e Deontologia. Em outra, a oferta da disciplina é chamada pelo nome de Bioética. As melhores pontuações foram encontradas na instituição que disponibilizava a disciplina de Bioética em sua grade curricular em períodos finais. Assim, foi possível concluir que a inserção da Bioética como disciplina em períodos finais, tende a ser mais bem aproveitada e faz com que os profissionais sejam mais capacitados para prática clínica.

As disciplinas que tratam do tema Bioética durante a graduação de fisioterapia apresentam ligação com a palavra ética, mas não explicitam em suas ementas se abordarão temáticas voltadas para tomada de decisão, vida, morte, confidencialidade, privacidade, entre outro (CARVALHO; MULLER; RAMOS, 2005; HOSSNER, 2006; ANJOS; SIQUEIRA, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

Apesar dos avanços relacionados aos debates bioéticos ainda são incipientes nos cursos de formação em Fisioterapia (BADARÓ; GUILHEM, 2008; FIGUEIREDO, 2009; SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

Santos (2016) estudou o papel do docente na formação ética dos estudantes de Fisioterapia. A investigação foi realizada em instituições de Ensino Superior do

Estado do Rio de Janeiro a partir de entrevista semiestruturada com professores envolvidos nas disciplinas de estágio em fisioterapia.

Assim, concluiu que a maioria dos docentes não chega a perceber os problemas éticos relacionados com a confidencialidade ou a privacidade dos indivíduos, mas apenas notam o que está voltado para as questões profissionais e deontológicas. Percebeu-se também que o ensino superior em fisioterapia continua afastado dos fatores que influenciam a formação ética dos discentes e permanece relacionado apenas com a aplicação de técnicas terapêuticas.

Quando pensamos em discussão de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura durante a graduação nos deparamos com o estudo de Mizuno (2015) realizado com estudantes de fisioterapia em uma universidade de Brasília, que identificaram que a temática do fim de vida vem acompanhada do despreparo profissional durante a academia, ausência de ponderações e conversas sobre terminalidade.

No momento que a OMS faz referência aos cuidados paliativos, essa não deixa de citar a necessidade do envolvimento com a educação. No ocidente, grande parte das grades acadêmicas de já trazem a relevância dos cuidados paliativos em seus cursos (FRANKS, 2000; FIELD; WEE, 2002; LLOYD-WILLIAMS; MACLEOD, 2004; GIBBINS, MCCOUBRIE; FORBES, 2009; GIBBINS, MCCOUBRIE; FORBES, 2011; VEQAR, 2013).

Vejar (2013) analisou o currículo indiano de graduação em fisioterapia. Discorreu em seu artigo sobre a falta de preparo dos graduandos em fisioterapia, quando sentiam-se impossibilitados da cura ou por melhorias funcionais de seus pacientes, perpassando pelo aumento de demanda de que? e carência da sociedade. Com isso, sugere a inclusão de um curso na grade curricular acadêmica, que possa ser realizado no último ano de faculdade, no sentido de contribuir para iniciar a reflexão sobre os cuidados paliativos, auxiliar no cuidado aos doentes em processo de finitude e ajudar no suporte ao luto. Referiu não ter ciência da oferta de algum curso sobre cuidados paliativos durante a graduação em fisioterapia na Índia.

No estudo de Ladeira, Silva Júnior e Koifman (2016), realizado com discentes de fisioterapia de uma Universidade Federal Brasileira, foi verificado que para promover tomada de decisões mais direcionadas e firmes faz-se essencial reconsiderar a formação acadêmica.

Sadhu *et al.*, (2010) avaliaram a compreensão de estudantes de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional de uma universidade da Índia sobre os cuidados paliativos. Perceberam a falta de entendimento sobre os cuidados paliativos, bem como, o quanto é preciso inserir tal temática na formação acadêmica em saúde e a necessidade da realização de treinamento voltado para esses cuidados.

Sujeitos em fim de vida remetem certa complexidade para acadêmicos de fisioterapia, pois estes necessitam desapegar dos valores referentes à cura, de maneira exclusiva em sua prática. Diante disso, deve existir uma aproximação educativa do fisioterapeuta com as temáticas da morte e finitude, demonstrando o valor do suporte para os doentes sem possibilidades terapêuticas de cura (TEED; KEATING, 2009; VEQAR, 2016).

5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados da pesquisa devem ser interpretados dentro do contexto de suas limitações. Na investigação de Pereira (2006), Renner *et al.*, (2002) e também na pesquisa desenvolvida, percebemos que o retorno dos questionários foi baixo (30%), exceto o de Barnitt (1998), no qual a taxa de devolução permeou os 72%. Talvez esse pequeno índice de retorno ocorra em razão do reduzido tempo para a realização do questionário (30 dias) ou porque os indivíduos ainda não estão acostumados a responder pesquisas por e-mail.

Pereira (2006) referiu que esse tipo de estudo vem sendo eficiente para o entendimento do meio pesquisado, mas citou que no Brasil, ainda tem pouco retorno das respostas. Atribuiu, ao pequeno envolvimento com pesquisas, falta de reflexão sobre cenários que possam ocasionar conflitos ou o desconhecimento dos problemas éticos que envolvem a prática clínica do fisioterapeuta.

Ao longo do questionário em nenhum momento foi descrito ou definido pelo autor o que seria um conflito ou dilema ético, provavelmente se esse conceito estivesse embutido dentro do questionário, poderíamos ter um maior número de profissionais que conseguiriam descrever algum dilema ético vivenciado em sua prática profissional.

6 CONCLUSÃO

O estudo proposto teve como objetivo investigar a percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem, em sua prática, o atendimento de paciente sem possibilidades terapêuticas de cura.

Percebe-se que a maioria dos questionários respondidos foram por profissionais com uma média de 5 anos de formação. Com isso, podemos pensar que a temática tem interessado, inicialmente, aos profissionais mais novos na área ou que aqueles com mais tempo de profissão não se envolvem no sentido de responder pesquisas relacionadas com o tema.

Diante das respostas obtidas, houve um entendimento de que tomar decisão é algo bastante relevante durante a prática clínica do fisioterapeuta, bem como que, as discussões entre a equipe são extremamente importantes para uma melhor condução do caso.

Ressalta-se que os sujeitos desta pesquisa informaram que tomar decisão é importante, devendo-se primar pela discussão entre equipe. Mas, eles informaram que não têm autonomia como profissionais para tomar decisões terapêuticas, visto que os pacientes já chegam com um plano decidido pelo médico.

Faz-se essencial discutir o processo de tomada de decisão Bioética em questões de quando e como morrer, para assegurar aos indivíduos que estão em terminalidade, uma morte digna e com qualidade. Esse processo ganha bastante destaque devido ao debate em torno da autonomia dos doentes, surgindo questões voltadas ao seu efetivo exercício, se pelo paciente propriamente ou seu representante legal, além de questões relativas a recusa terapêutica e de procedimentos de prolongamento de vida (LIMA, 2013).

Quando perguntados se identificariam algum dilema durante o atendimento dos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, os mais citados giravam em não dizer a verdade ao paciente, em não respeitar a autonomia do fisioterapeuta enquanto profissional, e também a autonomia do paciente, com os médicos decidindo previamente o plano de cuidados do paciente, dificuldade em dar más notícias, falta de recursos financeiros e falta de conhecimento acerca dos cuidados paliativos.

Importante salientar que optamos por discorrer sobre a Bioética principialista de Beauchamp e Childress durante o trabalho, pois o questionário abordou questões relacionadas a essa teoria e de acordo com as respostas descritas, ficou claro que princípios bioéticos podem ser vistos na percepção dos fisioterapeutas, todavia, isso é justificável, principalmente, por tratarem-se de pensamentos já integrados ao Código de Ética e Deontologia do fisioterapeuta.

Pudemos perceber uma preocupação por parte dos fisioterapeutas do estudo em respeitar a vontade do paciente e não realizar condutas que venham a fazer mal. Talvez esses sejam os critérios para tomar decisão terapêutica quando frente ao doente em processo de finitude.

Notamos, em razão dos dilemas apontados, uma certa dificuldade em descrever situações de conflitos éticos vivenciados em sua prática. Alguns relataram apenas os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress, mas não descreveram como poderiam ser um conflito, outros reclamaram do Conselho Regional da Fisioterapia, enquanto uma outra parte trouxe informações que não foram/são considerados dilemas éticos. Entende-se que os conflitos existem, permeiam a prática profissional, influenciam nas condutas, entretanto são solucionados sem muita reflexão Bioética.

Observou-se, pelas respostas obtidas, que muitas situações geradoras de dilemas éticos perpassam a falta de preparo técnico-científico dos profissionais, o que talvez se dê por uma formação acadêmica ética deficiente, reforçando a importância de formar profissionais capacitados, já que a maioria dos respondentes apresenta ingresso recente na profissão e consideraram relevante existir alguma disciplina relacionada com a Bioética para discutir conflitos éticos durante a graduação.

Por fim, embora os cuidados paliativos estejam em crescente ascensão no país, cada vez mais reafirmando a importância de uma equipe multidisciplinar nesse cuidado, destacando a figura do fisioterapeuta, ainda se faz necessário evoluir nas discussões sobre cuidado paliativo, bioética e a integração de ambas desde o início da formação acadêmica do profissional.

Para aprofundamento no assunto, é necessário que novos estudos sejam realizados sobre o tema, por essa razão, pretende-se voltar ao CREFITO, para continuação da pesquisa, quem sabe para artigos futuros ou até mesmo para a tese

de doutorado, buscando informações mais específicas e que norteiem ainda mais aos objetivos de pesquisa, inicialmente propostos.

REFERENCIAS

ABREU, Carolina Becker Bueno. **Questões éticas reconhecidas por profissionais de uma equipe de Cuidados Paliativos**. 2014. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

AFONSO, Rita; NOVO, André; MARTINS, Paula. **Fisioterapia em cuidados paliativos: da evidência à prática**. Loures: Lusodidacta, 2014. ISBN 978-989-8075-44-4.

ALMEIDA, José Luiz Telles; SCHRAMM, Fermin Roland. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 1, p. 15-25, 1999.

ALMEIDA, Marcos. **Considerações de ordem ética sobre o início e o fim da vida**. 1988. 81 f. Tese (Concurso de Livre-Docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

ANDRADE, Bianca Azoubel; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa; YASUKAWA, Samira Alencar. O papel do fisioterapeuta na equipe. *In*: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: **Diagraphic**, 2012. p. 353-363.

ANJOS, Marcio Fabri; SIQUEIRA, José Eduardo. **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética: Idéias & Letras, 2007. p. 13-28.

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION (APTAS). **Discovering Physical Therapy. What is physical therapy**. Retrieved, may 2008.

ARAUJO, Janete; LEITÃO, Elizabeth Maria Pini. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, jun. 2012.

ARAÚJO, Laís Záu Serpa de; NEVES JÚNIOR, Waldemar Antônio. A Bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 52-60, dez. 2003.

BADARÓ, Ana Fátima Viero; GUILHEM, Dirce. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 402-407, 2008.

BAPTISTA, Isabel. Ética, deontologia e avaliação do desempenho docente. **Cadernos do CCAP -3**, Conselho Científico para a Avaliação de Professores, Lisboa, p. 41, 2011.

BARNITT, Rosemary. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. **Journal of Medical Ethics**, v. 24, p. 193-199, jun. 1998.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELANGER, Emmanuelle *et al.* Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis. **Palliative Medicine**, v. 25, n. 3, p. 242-261, apr. 2011. doi: 10.1177/0269216310389348.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O mundo da saúde**, v. 27, n. 2, p. 231-239, ano 27, abr./jun. 2003

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, set. 2009.

BOZEMAN, Barry; SLADE, Catherine; HIRSCH, Paul. Understanding bureaucracy in health science ethics: toward a better institutional review board. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 9, p. 1549-1556, 2009.

BRASIL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, 14 out. 1969.

CAMPOS, Caroline Soares; SANTOS, Michele Nogueira. Preparo Bioética em acadêmicos do curso de fisioterapia das instituições de ensino superior de Manaus. **EFDeportes.com, Revista Digital**, v. 18, n. 182, jul. 2013.

CARDOSO, Daniela Habekost *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dec. 2013.

CARVALHO, Fernanda; MULLER, Marisa; RAMOS, Mauro. Ensino à distância: uma proposta de ampliação do estudo em Bioética. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 3, p. 211-214, 2005.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Bioética em cuidados paliativos. *In*: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

CAVALCANTE, Cristiane de Carvalho Lima *et al.* Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 513-22, jul./set. 2011.

CHAVES, Adriano Aparecido Bezerra; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 30-36, 2009.

CHIGBO, N. N. *et al.* Ethics of physiotherapy practice in terminally ill patients in a developing country, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 18, n. 7, p. 40-45, 2015.

CHIH, An-Hsuan *et al.* The changes of ethical dilemmas in palliative care a lesson learned from comparison between 1998 and 2013 in Taiwan. **Medicine (Baltimore)**, v. 95, n. 1, p. e2323, jan. 2016.

CHOVER-SIERRA, Elena; MARTINEZ-SABATER, Antônio; LAPENA-MONUX, Yolanda. Conhecimentos em cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem de um hospital espanhol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2847, 2017.

CIALKOWSAK-RYSZ, Aleksandra; DZIERZANOWSKI, Tomasz. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad News. **Archives of Medical Science**, v. 9, n. 1, p. 127-131, feb. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 424, de 03 de maio de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 147, 01 ago. 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 9 jul. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO 1). **O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região**. Recife: CREFITO 1, [201-]. Disponível em: <http://crefito1.org.br/o-conselho/>. Acesso em: 01 jun. 2017.

COSTA, Francisco Jose. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011 apud JUNIOR, Severino Domingos da Silva; COSTA, Francisco Jose. Mensuração e Escalar de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia (On-line)**, São Paulo, Brasil, V. 15, p. 1-16, outubro, 2014.

COSTA, Rosely Souza *et al.* Reflexões Bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, jan-mar 2016.

DAHLIN, Y; HEIWE, S. Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. **Journal Palliative Care**, v. 25, n. 1, p. 12-20, 2009.

ÁVILA, G. N.; ÁVILA, G. A.; GAUER, G. J. Is the unified list system for organ transplants fair? Analysis of opinions from different groups in Brazil. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 425-431, 2003.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. A informação em saúde no processo tomada de decisão. São Paulo, Fundap, Curso sobre Gerência dos Servidores de Saúde - Ersá - 6 (material didático), 1990.

FARAGO, Cátia Cilene; FONFOCA, Eduardo. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. **Linguagem**, v. 18, 2012.

FELIX, Zirleide Carlos *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013.

FIELD, D.; WEE, B. Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. **Medical Education**, v. 36, n. 6, p. 561-567, jun. 2002.

FIGUEIREDO, Antônio Macena. **O ensino da Bioética na pós-graduação stricto sensu da área de ciências da saúde no Brasil**. 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2009.

FIGUEIREDO, Leandro Correa *et al.* Abordagens bioéticas e deontológicas do código de ética profissional para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, p. 171-178, 2017.

FIGUEIREDO, Marco Túlio de Assis. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Prática Hospitalar**, v. 47, n. 8, p. 36-40, 2006.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello *et al.* Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1089-1095, oct. 2017.

FRANKS, Alison L. Teaching undergraduate medical basic clinical skills in hospice - is it practical? **Postgraduate Medical Journal**, v. 76, n. 896, p. 357-360, 2000.

FRYMARK, Ulla; HALLGREN, Lilian; REISBERG, Ann-Charlotte. **Physiotherapy in palliative care: a clinical handbook**. Stockholms Sjukhem, Sweden: Palliative Centre, 2009.

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

GERMANO, Raimunda Medeiros. A pesquisa e os dilemas éticos do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 76-79, jun. 2013.

GIANELLO, Matheus Candiago; WINCK, Daniela Ries. A eutanásia e sua legalização no Brasil e no mundo. **Anuário Pesquisa e extensão Unoesc Videira**, 2017.

GIBBINS, J; MCCOUBRIE, R; FORBES, K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? **Medical Education**, v. 45, n. 4, p. 389-399, apr. 2011.

GIBBINS, J.; MCCOUBRIE, R.; MAHER, J.; FARBES, K. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. **Medical Education**, v. 43, n. 8, p. 776-83, aug. 2009.

GIRAO, Mariana; ALVES, Sandra. Fisioterapia nos cuidados paliativos. **Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 5, nov. 2013.

GJERBERG, Elisabeth *et al.* Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 4, p. 677-684, 2010.

GOLDIM, José Roberto. Bioética e Interdisciplinaridade. **Educação, Subjetividade & Poder**, v. 4, n. 1, p. 24-28, 1997.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Loyola, 2010.

GRANERO-MOYA, Nani *et al.* Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. **Atención Primaria**, v. 48, n. 10, p. 649-656, dec. 2016.

GUARDIA MANCILLA, P *et al.* Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 41, n. 1, p.35-46, 2018.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010: famílias e domicílios (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação – 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 03 maio 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Sinopse estatística da educação superior 2015**. Brasília: Inep, 2016. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>. Acesso em: 03 jan. 2018.

JUNGES, José Roque *et al.* Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 275-288, 2010.

REIS JUNIOR, Luiz Carlos dos; REIS, Paula Elisa Avelar Maia. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 2, p. 127-135, abr./jun. 2007.

KATZ, Ralph V. *et al.* The legacy of the Tuskegee Syphilis study: assessing its impact on willingness to participate in biomedical studies. **J Health Care Poor Underserved**, v. 19, n. 4, p. 1168-1180, 2008.

KOVACS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.

_____. Cuidando do cuidador profissional. *In*: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

KUHSE, Helga; SINGER, Peter. **A companion to bioethics**. 2nd. ed. [S. l.]: Willy-Blackwell, 2009.

KUMAR, Senthil; JIM, Anand. Physical therapy in palliative care: From symptom control to quality of life: a critical review. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 16, n. 3, p. 138-146, 2010.

LADEIRA, Talita Leite; SILVA JUNIOR, Alúcio Gomes; KOIFMAN Lilian. Fundamentos éticos na tomada de decisão de discentes de fisioterapia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 675-685, 2016.

LEVI, Guido Carlos; LEME DE BARROS, Antônio Ozorio. Ética clínica: a AIDS como paradigma. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

LIMA NETO, Luiz Inácio. A legalização da eutanásia no Brasil. **E-gov**, mar. 2012. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/legaliza%C3%A7%C3%A3o-da-eutan%C3%A1sia-no-brasil>. Acesso em: 03 jan. 2018.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, v. 23 n. 1, p. 31-39, 2015.

LLOYD-WILLIAMS, Mari; MACLEOD, Rod D. A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. **Medical Teacher**, v. 26, n. 8, p. 683-90, jun./dez. 2004.

LORENZO, Cláudio Fortes Garcia; BUENO, Gláucia Teles Araújo. A interface entre Bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 4, p. 763-775, 2013.

MACHADO, Dionis *et al.* A formação ética do fisioterapeuta. Physical therapist ethical formation. **Fisioterapia em movimento**. 2007 2007/09PY - 2007:101-5.

MACHADO, Karina DG; PESSINI, Leo; HOSSNE, William S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MACKEY, Kimberly McCord; SPARLING, Joyce W. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. **Physical Therapy**, v. 80, n. 5, p. 459-468, may 2000.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MARINHO, Suely Oliveira. **Cuidados paliativos e práticas de saúde**: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea. 2010. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MARQUES, Amélia Pasqual; PECCIN, Maria Stella. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 43-48, 2005.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 5-10, jul./dez. 1994.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. *In*: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. (org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-192.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 23-30.

MCCOUGHLAN, Marie A. Necessidade de cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 6-14, jan./mar. 2003.

MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOSA, Patricia de Castro. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013.

MENEZES, Raquel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004.

MESQUITA, A. A. B.; MARANGÃO, V. P. **A equipe multiprofissional diante do processo de morte e morrer da criança hospitalizada**. 2008. Monografia – Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais, Campos Gerais, 2008.

MIZUNO, Yasmin de Araújo. **Experiências frente à morte em graduandos de fisioterapia: perfil sociodemográfico**. Monografia – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MOBASHER, Mina *et al.* Ethical Issues in the end of life care for cancer patients in Iran. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 2, p. 188-196, feb. 2013.

MOTTA, Luís Claudio de Souza *et al.* Tomada de decisão em Bioética clínica: abordagens contemporâneas. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 304-314, 2016.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; VIDAL, Selma Vaz; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética: afinal, o que é isto? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 5, p. 431-439, set./out. 2012.

MOTTA, Oswaldo Jesus Rodrigues. **Reflexões e critérios éticos do enfermeiro na tomada de decisão sobre questões que antecedem a morte do paciente em um centro de tratamento intensivo**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

NUNES, Lucília. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 41-50, abr. 2008.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. Interface entre Bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 170-185, 2007.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes; ROSA, Darci Oliveira Santa. Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 344-355, jan./mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio: resumo executivo**. Nova York: Fundo de População das Nações Unidas, 2012.

OTHERO, Marília Bense *et al.* Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: first steps to the brazilian atlas of palliative care. **European Journal of Palliative Care**, p.113, may 2015. (14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark).

PAIAO, Renata Cristina Nascimento; DIAS, Luciana Irene de Nadai. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos na criança com câncer. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 153-169, 2012.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes; JUNIOR, José Jailson de Almeida; DAMASIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014.

PEIXOTO, Ana Paula Abranches Fernandes. **Cuidados paliativos**. [S. l.]: Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://sotamig.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Cuidados-Paliativos-generalidades.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

PEREIRA, Rita Aparecida Bettini. **Dilemas éticos ligados à prática do fisioterapeuta no atendimento da criança com deficiência física ou mental**. 2006. 83 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, v. 29 n. 4, p. 491-509, 2005.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos *et al.* **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 124-166.

PURTILO, R. B. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. **Physical Therapy**, v. 80, n. 11, p. 1112-1119, 2000.

RASHLEIGH, Lynette. Physiotherapy in palliative oncology. **Australian Journal of Physiotherapy**, v. 42, n. 4, p. 307-312, jul. 1996.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

REIRIZ, A.B. *et al.* Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. **Prática Hospitalar**, v. 6, n. 48, p. 77-82, 2006.

RENNER, Adriana Frias; GOLDIM, José Roberto; PRATI, F. M. Dilemas Éticos presentes na prática do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 6, n. 3, p. 135-138, 2002.

SADHU, Sakshi *et al.* Palliative care awareness among Indian undergraduate health care students: A needs-assessment study to determine incorporation of palliative care education in undergraduate medical, nursing and allied health education. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 16, n. 3, p. 154-159, feb. 2010.

SANCHEZ, Eugênio Lopes. Estudo preliminar do adestramento de fisioterapeutas no Brasil. **Revista Paulista de Hospitais**, n. 4, p. 30-37, 1970.

SANCHEZ, Eugênio Lopes. Histórico de fisioterapia no Brasil e no mundo. **Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia**, p. 29-36, 1984.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Educ., v. 17, n. 44, p. 23-34, jan./mar. 2013.

SANCHEZ-GARCIA, Maria Remedios *et al.* Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. **Atención Primaria**, v. 49, n. 5, mayo 2016.

SANTOS, Daniel Abreu *et al.* Reflexões Bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 367-372, 2014.

SANTOS, Débora Cristina Leitão *et al.* Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 295-300, maio 2017 .

SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos. **O papel do docente na formação ética dos estudantes de fisioterapia: o olhar de quem ensina**. 2016. 84 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Rio de Janeiro, 2016.

SANTUZZI, Cíntia Helena *et al.* Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: u ma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 415-422, jun.2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Vamos falar de Cuidados Paliativos?** [S. l.]: SBGG, 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

SCHRAMM, Fermin Roland. Questões conceituais e metaéticas da Bioética Clínica: uma introdução. **Revista Bioethikos**, v. 6, n. 2, p. 125-132, 2012.

SEGRE, Marco: Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. *In*: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (ed.). **Bioética**. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1-6, 2009.

SHARMA, Krishna Nand. Exploration of the history of physiotherapy. **Scientific Research Journal of India**, v. 1, n. 1, 2012.

SHIMPACHIRO, Ogiwara. A cross-national replication of physiotherapists' perspectives on professional practice. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 15, p.113-122, 2003.

SILVA, Adriana; DAL PRA, Keli Regina. Envelhecimento populacional no Brasil. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

SILVA, José Antonio Cordero. O fim da vida: uma questão de autonomia. **Nascer e Crescer Revista de Pediatria do centro hospitalar do Porto**, v. 23, n. 2, 2014.

SILVA, Lízia Fabíola Almeida; LIMA, Maria da Glória; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 148-157, abr. 2017.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, abr. 2012.

SILVEIRA, Maria Helena; TRENCH CIAMPONE, Maria Helena; Ozello Gutierrez, Beatriz Aparecida. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 7- 16, 2014.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* Models of decision making in clinical bioethics: notes for a computational approach. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 456-461, dez. 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

SIQUEIRA, José Eduardo; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio José. **Bioética clínica**. São Paulo: Gaia, 2008.

SLORT, W. *et al.* Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 25, n. 6, p. 613-619, 2011.

SORTA-BILAJAC, Iva *et al.* How nurses and physicians face ethical dilemmas: the Croatian experience. **Nursing Ethics**, v. 18, n. 3, p. 341-355, 2011.

SOUZA, Laura Vilela; SANTOS, Manoel Antônio dos. Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 1, p. 75-84, mar. 2014.

SWISHER, Laura Lee. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). **Physical Therapy**, v. 82, n. 7, p. 692-706, 2002.

TAQUETTE, Stella *et al.* Situações Eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de Medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p. 23-28, 2005.

TEED, Robyn; KEATING, Jenny. **Palliative care education in Australian physiotherapy undergraduate curricula**. [S. l.: s. n.], 2009.

TERTOUIW, T. J. A. Letter to editor-the origin of the term "Physiotherapy". **Physiotherapy Research International**, v. 11, n. 1, p. 56-57, 2006.

TORRES, A. F. Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. **Jornal do CRM-PB**, n. 72, abr./jun. 2007. Disponível em: http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483. Acesso em: 01 jun. 2018.

TRIEZENBERG, Herman L. The identification of ethical issues in physical therapy practice. **Physical Therapy**, v. 76, n. 10, p. 1097-1107, 1996.

TROTTA, Eliana de Andrade *et al.* Percepção de profissionais de saúde sobre o processo de tomada de decisão na assistência a pacientes pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 335-340, 2016.

TRUOG, R. D. *et al.* American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 3, p. 953-963, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 374-377, out. 2014.

VALDÉS, J. V. **Situación del adulto mayor en contexto mundial, latinoamericano y Cuba**. Havana, Cuba, 19 mar. 2014. 100 slides. (Apresentação em power-point).

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patricia Mora. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, jan./mar. 2018.

VASQUES, Tania Cristina Shafer *et al.* Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013.

VEQAR, Zubia. Inclusion of Palliative Care in Indian Undergraduate Physiotherapy Curriculum-course Guidelines and Content. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 3, n. 3, p. 220-225, jul./set. 2016.

VEQAR, Zubia. The perspectives on including palliative care in the indian undergraduate physiotherapy curriculum. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 7, n. 4, p. 782-786, apr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer: palliative care**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 06 out. 2016.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global atlas of palliative care at the end of life**. England: WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 01 maio 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. **Revista Estima**, v. 1, n. 1, p. 38-40, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “Percepção dos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 1 sobre os aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de paciente sem possibilidades terapêuticas de cura”. O objetivo e a relevância desse tipo de estudo é identificar e conhecer os conflitos éticos para tomada de decisão na prática fisioterapêutica diante de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Os resultados dessa pesquisa poderão servir de material para ampliação da reflexão sobre os cursos de ação dos fisioterapeutas em situações em que não existam possibilidades terapêuticas de cura. A pesquisa está sendo conduzida por Fabíola Alves Alcântara, sob a orientação do Professor Alexandre da Silva Costa e co-orientação da Professora Suely Oliveira Marinho. A coleta de dados se dará através da aplicação de um questionário com os fisioterapeutas dos Estados de Alagoas, Paraíba, Recife e Rio Grande do Norte. É um questionário elaborado pela pesquisadora contendo assuntos relacionados aos aspectos bioéticos que envolvem o atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura por fisioterapeutas. As respostas serão apresentadas numa escala de Likert de 5 pontos (1= não relevante; 5= extremamente relevante) além de um espaço aberto para sugestões e comentários. Este questionário será aplicado por meio eletrônico para todos os participantes do estudo, que deverão responder em relação a relevância de cada competência. A coleta *online* será realizada pelo programa *LimeSurvey*, que permite a redução de possíveis vieses por entrevistadores. Nenhum entrevistado será identificado. Vamos tomar as medidas necessárias para que nenhum material de pesquisa possa ser acessado por estranhos. Os resultados da pesquisa serão divulgados primeiramente, via email, para os participantes da pesquisa e o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Serão também divulgados em revistas científicas e congressos da área de Bioética.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária e você é livre para sair a qualquer momento. Você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento. Fazendo isso, todo material que inclua sua entrevista será destruído. Em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e sua instituição são responsáveis pela indenização que for devida. Se houver algum gasto decorrente da pesquisa haverá ressarcimento. Qualquer coisa que você queira saber sobre a

pesquisa, por favor não hesite em nos contatar pelo e-mail alcantara.fabiola@outlook.com (Fabiola Alves Alcântara).

O Comitê de Ética em Pesquisa do IESC avaliou e aprovou este projeto quanto aos aspectos éticos. No entanto, isso não significa que a condução da pesquisa não necessite de sua participação também nesses aspectos. Qualquer coisa que lhe pareça incorreto no decorrer da pesquisa, por favor entre em contato com o Comitê pelo e-mail cep.iesc@gmail.com.

Você receberá uma cópia deste consentimento.

Fabiola Alves Alcântara

Nome do participante: _____

ASS: _____

Rio, ___/___/20___

Contato com o pesquisador responsável: Fabiola Alves Alcântara – Tel: (79) 99939 – 6669 ou (21) 96669 – 7585. E-mail: alcantara.fabiola@outlook.com

CEP responsável: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. – Praça Jorge Machado Moreira, 100. Cidade Universitária, Cep:21.941-598 Tel: (21) 3938-9331 ou 3938-9271

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

1ª Parte:

SEXO:

Feminino

Masculino

IDADE:

MUNICÍPIO DE MAIOR ATUAÇÃO:

TEMPO DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA:

TITULAÇÃO:

Graduação

Pós-graduação (lato sensu) –
Qual:Pós-graduação (stricto sensu) –
Qual:

Residência – Qual:

MBA – Qual:

ÁREA DE MAIOR ATUAÇÃO:

Fisioterapia em Acupuntura
Fisioterapia Aquática
Fisioterapia Cardiovascular
Fisioterapia Dermatofuncional
Fisioterapia Esportiva
Fisioterapia em Gerontologia
Fisioterapia do Trabalho
Fisioterapia Neurofuncional
Fisioterapia em Oncologia
Fisioterapia Respiratória
Fisioterapia Traumato-Ortopédica
Fisioterapia em Osteopatia
Fisioterapia em Quiropraxia
Fisioterapia em Saúde da Mulher
Fisioterapia em Terapia Intensiva
 Outra – Qual:

VOCÊ TRABALHA COM PACIENTES SEM () Sim () Não
 POSSIBILIDADES TERAPEUTICA DE

CURA?

2ª Parte:

Você considera:

	Não relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Extremamente relevante
Tomar decisão durante o atendimento fisioterapêutico	1	2	3	4	5
Discutir o caso clínico com a equipe quando nos deparamos com algum conflito ético	1	2	3	4	5
O fisioterapeuta decidir alguma conduta respeitando a vontade do paciente	1	2	3	4	5
O fisioterapeuta decidir alguma conduta respeitando o princípio da beneficência (fazer o bem)	1	2	3	4	5
O fisioterapeuta decidir alguma conduta utilizando a justiça (o que é direito, justo)	1	2	3	4	5
A falta de recursos financeiros do	1	2	3	4	5

fisioterapeuta um conflito ético					
A falta de recursos financeiros do paciente um conflito ético	1	2	3	4	5
A falta de recursos financeiros do hospital, clínica ou unidade de saúde um conflito ético	1	2	3	4	5
Não dizer a verdade ao paciente um conflito ético	1	2	3	4	5
Limitar a eficiência de uma terapia em prol do aprendizado um conflito ético	1	2	3	4	5
A atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente hospitalar	1	2	3	4	5
A atuação fisioterapêutica em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura em ambiente domiciliar	1	2	3	4	5
Discutir conflitos éticos durante a formação acadêmica em fisioterapia	1	2	3	4	5
A disciplina de Bioética para a formação acadêmica em fisioterapia	1	2	3	4	5

Diante das respostas dadas, você conseguiria identificar e descrever algum conflito ético durante a sua prática?

Sim Não

Descreva: