

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

Leandro Corrêa Figueiredo¹, Aline Cristina Martins Gratão², Emerson Fachin-Martins³

Resumen

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

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

Resumo

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Correspondência

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

Declararam não haver conflito de interesses.

Los códigos de ética profesional se configuran como documentos cuyo principal objetivo es regular las relaciones entre profesionales de una misma categoría, así como la relación entre estos profesionales y la sociedad, en el intento de solucionar los conflictos éticos que surgen en el ejercicio de sus prácticas profesionales¹⁻³. Estos conflictos se caracterizan por situaciones en las que los profesionales se encuentran entre dos o más alternativas de acción y buscan basarse en el contenido de su código profesional para establecer el juicio moral que va a subsidiar la toma de decisión en un contexto que involucra a poblaciones en situación de vulnerabilidad y dependencia²⁻⁴.

Aunque se espere que los fundamentos brindados por el código profesional sean capaces de solucionar la mayoría de los conflictos éticos, algunos estudios demuestran que sólo este documento no es suficiente para orientar conductas éticas y morales, ya sea por fallas en la formación profesional o por limitaciones en el contenido de estos documentos^{2,5}. En el intento de suplir esas carencias no abordadas por el código, los profesionales de salud comienzan a apropiarse de las discusiones del campo de la bioética que reflejan los debates y preocupaciones respecto a los modos de organización y los sentidos asumidos por el cuidado de las personas con deficiencias⁶.

Citado por primera vez en 1927 por Fritz Jahr, el concepto de bioética se tornó más concreto con la publicación del libro "Bioética: puente hacia el futuro", de Potter, en 1971⁷. Además del libro, las primeras discusiones explícitamente influenciadas por la bioética también fueron presentadas en forma de informe por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en las Investigaciones Biomédicas y Comportamentales en 1978 y modificadas por Beauchamp y Childress en 1979^{3,7,8}. El surgimiento de las cuestiones impulsadas por la bioética es posterior o concomitante a la concepción de la mayoría de los códigos para profesionales de salud brasileros en vigencia; así, aunque en estos documentos se encuentren fragmentos textuales que puedan relacionarse con la bioética, no fueron escritos ni influenciados directamente por estas discusiones⁹⁻¹¹.

La primera publicación del código de ética profesional para fisioterapeutas es de 1978, en un documento único que incluía también a los terapeutas ocupacionales. Desde entonces, pasaron casi cuarenta años hasta la reformulación de los códigos de ética para estos profesionales, los cuales fueron presentados en versiones separadas en

2013^{12,13}. Aunque se publicaron anteriormente a las discusiones bioéticas, Figueiredo y colaboradores⁹ mostraron que el 45,6% de los fragmentos textuales identificados en la antigua versión del código de ética profesional de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales podrían ser categorizados como de abordaje bioético. Este estudio agregó, además, que en la versión anterior predominaban concepciones cooperativistas y legalistas que priorizaban más la autonomía del profesional que la del cliente⁹.

Como se publicó la nueva versión del código de ética profesional para fisioterapeutas, este trabajo tuvo como objetivo verificar en la reciente publicación del documento la proporción de los abordajes deontológicos y bioéticos, además de comparar las dos versiones. El reconocimiento de esta proporción permite trazar un perfil epistemológico que contribuya a las interpretaciones de la visión de conducta y cuidado del fisioterapeuta, teniéndose en cuenta las adecuaciones de forma y de lenguaje en el código de ética profesional.

Método

Bases teóricas y procedimentales de análisis

Se utilizaron métodos para el análisis de contenido de documentos escritos ya propuestos para el código de ética de los profesionales de salud bucal¹⁴ y reproducidos en el análisis de la versión antigua del código de ética para fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales⁹. El análisis de contenido siguió la propuesta de Bardin¹⁵ para la fuente textual y se incluyó el análisis de la distribución de frecuencia de los fragmentos textuales por categorías. Se optó por la distribución de frecuencia de las unidades textuales por fragmentación del texto original y posterior categorización, dado que esta forma de procesamiento no es excluyente del método de análisis de contenido¹⁶.

En sus concepciones de análisis sobre contenido, Bardin afirma que, al usar métodos cuantitativos como técnica de análisis cualitativo, la definición de estudio cualitativo no es contrariada filosófica o estructuralmente¹⁵. La autora describe además que el análisis de contenido es una técnica de investigación que tiene por finalidad la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación.

Organización de las unidades textuales por categorías y su procesamiento

Se dividió el texto de la nueva versión del código de ética para fisioterapeutas en unidades

textuales correspondientes a párrafos, frases o palabras que expresan un contenido con un significado textual pasible de ser clasificado en categorías. De acuerdo a lo descrito^{9,14}, las unidades textuales pueden clasificarse en categorías ligadas a los principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), así como a principios deontológicos (virtud y técnica).

La decisión de incluir categorías de abordaje deontológico fue tomada teniéndose en cuenta que sólo las categorías del principialismo bioético no serían suficientes para calificar los fragmentos de textos de este tipo de documento. De acuerdo a lo definido en estudios anteriores^{9,14}, las categorías “virtud y técnica” permiten establecer una mejor distinción entre unidades textuales con un abordaje más deontológico y aquellas con un abordaje más influenciado por las discusiones bioéticas.

La categoría “autonomía del principialismo bioético” se dividió en dos subcategorías – (1) autonomía profesional y (2) autonomía del cliente -, dado que esto permitiría, dependiendo de quién fuese el beneficiario de la conducta moral, la distinción del tipo de autonomía citado y revelaría cuál prevalece en el documento. Se utilizó la organización matricial del programa Excel para el cálculo de la distribución de frecuencias de las unidades textuales identificadas y organizadas en el documento por categorías.

Para cada una de las siete categorías previamente definidas (autonomía del profesional, autonomía del cliente, beneficencia, no maleficencia, justicia, virtud y técnica) existía una columna en la planilla de Excel. Cada columna estaba compuesta por celdas yuxtapuestas que se formaron por el entrecruzamiento de cada línea de esta matriz, la cual, por su parte, indicaba en cada línea la página del documento desde donde se extrajeron los fragmentos (unidades

textuales). A partir de esta organización, fue posible incluir, por cada celda, el total de fragmentos identificados como unidades textuales por página.

Antes de introducir en la celda la cantidad de unidades textuales identificadas por cada página (línea de la matriz) y por categoría (columna de la matriz), las unidades textuales se identificaron y se destacaron con marcas realizadas en el texto impreso del documento. Una vez insertada en la planilla, la suma de las unidades textuales por categoría se calculó automáticamente a través de la fórmula ingresada en la línea final para la última celda de todas las columnas. Estas sumas se utilizaron para elaborar los gráficos presentados en esta investigación.

La proporción de unidades textuales por categorías observadas en la nueva versión del código profesional se comparó con la proporción esperada, teniendo como base las proporciones publicadas sobre el análisis de la versión previa del código de ética⁹. Las discrepancias entre las proporciones se detectaron a partir del test de chi-cuadrado, considerando como significativas aquellas en las que se obtuviera $p < 0,05$.

Resultados

La nueva versión del código de ética presentó casi el doble de unidades textuales que la anterior; se observaron 228 unidades textuales, con un aumento de 110. En la versión anterior, las categorías más y menos prevalentes eran “virtud” (abordaje deontológico) y “beneficencia” (abordaje bioético), respectivamente. En la nueva versión, la categoría predominante también fue “virtud”, y la menos predominante pasó a ser “autonomía del cliente” (abordaje bioético), conforme lo muestra la Tabla 1.

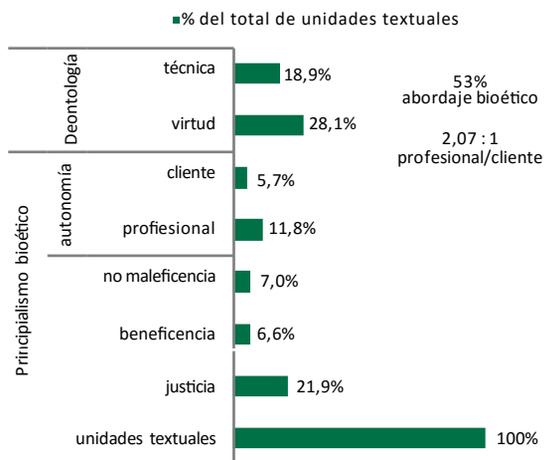
Tabla 1. Distribución en valores absolutos de frecuencia de las unidades textuales categorizadas por abordaje en el documento nuevo y en el anterior

Abordaje	Categorías por abordaje		Unidades textuales	
			nuevo	antiguo
Principialismo bioético	Justicia		50	21
	Beneficencia		15	4
	No maleficencia		16	10
	Autonomía	Profesional	27	13
Cliente		13	6	
Deontología	Virtud		64	38
	Técnica		43	26
Total			228	118

Las unidades textuales categorizadas como de abordaje bioético (53%) predominaron en la nueva versión del código de ética profesional, representando poco más de la mitad de las unidades textuales categorizadas en el documento (Figura 1). Se destacan los valores de las categorías con más y menos unidades textuales para cada una de las versiones del código de ética profesional.

Con excepción de la categoría “justicia” (21,9%), de abordaje bioético, las categorías predominantes en el documento fueron “virtud” (28,1%) y “técnica” (18,9%), que son de abordaje deontológico. En la secuencia decreciente de categorías de unidades textuales se observan las demás de abordaje bioético: “autonomía del profesional” (11,8%), “no maleficencia” (7%), “beneficencia” (6,6%) y “autonomía del cliente” (5,7%). La Figura 1 muestra que existe una proporción de cerca de dos unidades textuales de autonomía del profesional por cada una de autonomía del cliente.

Figura 1. Distribución de frecuencia de las unidades textuales por categoría para el abordaje deontológico identificadas en el nuevo código de ética y deontología de fisioterapia



La comparación entre la nueva versión del código y la anterior (Figura 2) permite observar que antes predominaba el abordaje deontológico (54,2%), y actualmente el foco pasó a ser el abordaje bioético (53%), aunque la diferencia sea pequeña.

El gran cambio observado se refiere a la categoría “justicia”, bioética, que, en el nuevo documento, superó a la categoría “técnica”, de abordaje deontológico. También se observó que la categoría “beneficencia” contó con más unidades textuales en la nueva versión del documento.

En otro análisis de la relación entre “autonomía del profesional” y “autonomía del cliente”

(Figura 3), se verificó que la primera aún predomina, aunque con una caída del 0,9% en la nueva versión. Se destaca que el test chi-cuadrado detectó diferencias significativas ($p < 0,05$) sólo cuando las demás categorías fueron analizadas separadamente.

Figura 2. Comparación de la distribución de frecuencia de las unidades textuales por categoría, identificadas en la nueva versión del código de ética y deontología de fisioterapia

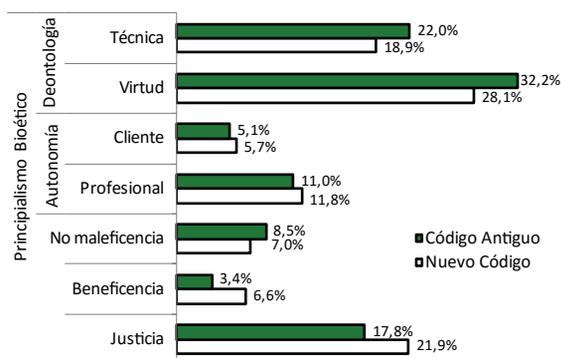
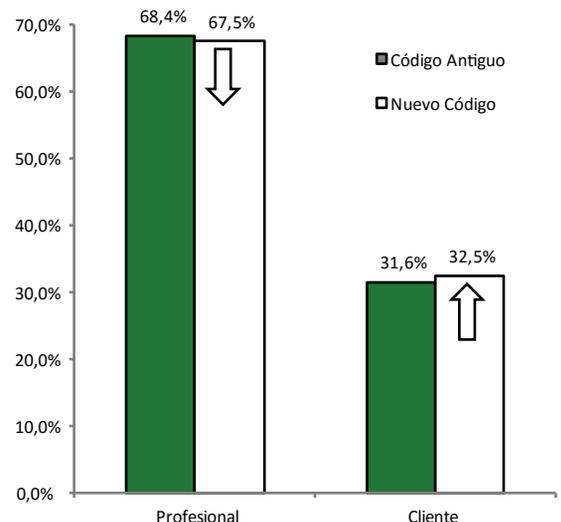


Figura 3. Comparación de la proporción de unidades textuales categorizadas como autonomía del profesional o del cliente en las versiones antigua y nueva del código de ética y deontología de fisioterapia



Discusión

Este estudio comparó dos versiones del código de ética profesional del fisioterapeuta – concebidas antes¹² y después¹³ de la consolidación de la bioética como campo de estudio en Brasil – y analizó la inserción de esta línea de reflexión en

las propuestas de organización y en el significado de los procesos laborales asumidos en el cuidado brindado por el fisioterapeuta⁶.

Si la versión anterior del documento presentaba 34 artículos en su composición, la nueva versión pasó a estar compuesta por 57 artículos, con un aumento de 110 nuevas unidades textuales, es decir, la nueva versión del documento cuenta con más proposiciones y conceptos de la bioética. Considérese, no obstante, que aún en el documento anterior casi la mitad de los fragmentos del texto puede ser categorizada como de abordaje bioético⁹. Sin embargo, en razón del momento histórico en que el primer documento fue concebido, no se puede decir que sean contenidos influenciados por discusiones bioéticas, que recién comenzaron a publicarse más tarde.

Fue sorprendente observar que, casi cuarenta años después, en una nueva versión del documento, las unidades textuales que caracterizan a la virtud, definida en este estudio como de abordaje deontológico, todavía predominase en el documento. Por otra parte, por más que la nueva versión del documento haya presentado un predominio de unidades textuales de abordaje bioético (Figura 1), el documento aún tiene un 47% de unidades textuales de abordaje deontológico.

Este hecho podría justificarse por la evidencia de que la mayor parte de las carreras de fisioterapia tiene una matriz curricular abocada a cuestiones éticas deontológicas y procedimentales, sugiriendo una carencia de discusiones bioéticas en esta formación^{1,17}. La carencia no es exclusiva de las carreras de fisioterapia, según Siqueira-Batista y colaboradores¹⁸, quienes mostraron la necesidad de debatir sobre cuestiones bioéticas en la formación de los diversos profesionales en el área de la salud, principalmente respecto a las relaciones entre ambiente de trabajo y usuarios.

Otro punto importante a considerar es que la mayor parte de las carreras aún están pautadas por las Directrices Curriculares Nacionales de la carrera de grado en fisioterapia, que presentan el tema “bioética” sólo como una parte del conocimiento general, y no específicamente del fisioterapeuta, a diferencia de lo que ocurre con la “ética”^{1,17}. De esta forma, tal carencia puede reflejar la dificultad de los profesionales para lidiar con situaciones que involucran conflictos bioéticos durante la actuación profesional, especialmente en las relaciones entre ambiente de trabajo y usuarios; por ejemplo, las situaciones descritas por Siqueira y colaboradores¹⁸, que tienen lugar con diversos profesionales en el área de salud, insertos en el programa Estrategia Salud de la Familia.

Aunque la nueva versión sea más voluminosa, en términos de proporción de contenidos no se observaron modificaciones significativas. No obstante, las unidades textuales del nuevo documento, clasificadas en categorías del principalismo bioético – en virtud del momento histórico en que la nueva versión fue concebida –, sugieren una influencia de las discusiones bioéticas en la temática de la salud y en las relaciones profesionales^{3-5,8,9,14,19-29}.

En relación a la nueva versión del código de ética profesional, tal vez la principal influencia bioética esté en las unidades textuales relativas a la “justicia”, que aparece como la segunda categoría con más unidades textuales encontradas. Los factores que pueden haber aumentado las unidades textuales en la categoría “justicia” son los que involucran cuestiones sociales, como la equidad en el acceso, la prioridad de la atención, entre otros muy presentes en nuestro Sistema Único de Salud (SUS)⁵.

Corresponde destacar que, a diferencia de la primera versión del código de ética y deontología de fisioterapia (1978)¹², la nueva versión (2013)¹³ es posterior a la definición de salud como derecho de ciudadanía, instituida por la Constitución de 1988³⁰ y por la Ley Orgánica de salud (8.080), del 19 de septiembre de 1990³¹. En este nuevo contexto histórico, la versión actual del código podría haber incorporado discusiones sobre los valores de los ideales del nuevo sistema de salud, considerando principalmente las nociones de “equidad” y “universalidad” en el acceso. Al describir el surgimiento de la bioética brasilera en el marco de la salud pública, Porto y Garrafa³² destacan que el fortalecimiento del ideal contrahegemónico en la salud culminó en la reforma sanitaria brasilera y resultó en importantes movimientos de trabajadores de salud en todo el país. El énfasis de los autores refuerza la hipótesis de la incorporación, en el código de ética, de las discusiones sobre la equidad en el acceso y de otras directrices del SUS.

La “beneficencia”, aunque haya aparecido pocas veces también en la nueva versión, dejó de ser la unidad textual menos observada, sugiriendo una mejor relación entre el terapeuta y el paciente, enriquecida por diversas discusiones bioéticas^{21,26,28,29}. Se agrega a la maduración de las discusiones la consolidación de la profesión de fisioterapia. Desde la regulación, lo que era procedimiento – terapia física – se configuró en la sociedad como una categoría profesional que, en los últimos años, asume el *status* de ciencia (conocimiento fisioterapéutico).

Estas etapas del proceso de perfeccionamiento de la fisioterapia (procedimiento, profesión y

ciencia) muestran que hoy la fisioterapia no es sólo técnica, sino que incluye reflexiones en diversos campos de conocimiento, lo que genera contingentemente un número creciente de fisioterapeutas. Estos, por su parte, cada vez más se titulan como magisteres y doctores, asumiendo posiciones de importancia en la enseñanza y en la investigación en Brasil³³, lo que ciertamente ha contribuido al reconocimiento de esta área.

Otro aspecto importante ya observado en la versión anterior del código¹³, y que reaparece en la nueva, es la proporción de unidades textuales que revelan autonomía del profesional en relación a la autonomía del cliente. Aunque se haya percibido en la nueva versión una pequeña variación (0,9%), aun así el código de ética profesional para fisioterapeutas destaca la autonomía del profesional. Esto puede desencadenar el llamado "paternalismo", que representa la figura del profesional de salud como detentor del derecho de elección^{8,14}, y debe ser dejado de lado con la maduración de las reflexiones bioéticas, colocando a la autonomía como elección de lo que es mejor para el cliente a partir de las reflexiones entre las partes.

Esto significa que el profesional puede ser detentor de la elección a partir de que el cliente esté completamente informado sobre las cuestiones en discusión y le dé al profesional ese derecho; en caso contrario, debe prevalecer la autonomía del cliente. La autonomía debe ser permanentemente discutida en la formación inicial del fisioterapeuta, ya que los resultados del estudio de Alves y colaboradores¹, de 2008, señalaron que la mitad de los alumnos de la carrera de fisioterapia de dos universidades no supo responder si es necesario respetar la autonomía del cliente.

Como se observó, el método para identificar la proporción de enfoques deontológicos y bioéticos, inicialmente propuesto por Pyrrho y colaboradores¹⁴,

es bastante adecuado para las reflexiones sobre los códigos de ética profesional. En la comparación de las proporciones observadas en los estudios del antiguo¹² y del nuevo código profesional para fisioterapeutas¹³, se percibe claramente una equivalencia de proporciones, aunque predominen en la versión actual los enfoques bioéticos.

La presencia de los enfoques deontológicos en casi la mitad del contenido analizado permite concluir que, aunque los códigos deontológicos no sean suficientes para asegurar la ética profesional, no son dispensables al punto de ser sustituidos completamente por las discusiones bioéticas que, en última instancia, deberían restringirse a la conciencia ética de los involucrados. Aunque sea notoria y reconocida la importancia de la bioética para el mejoramiento de la sociedad y de las prácticas en salud, hay que reconocer que la deontología tiene importancia en la circunscripción de la actividad profesional, estableciendo derechos y deberes en la relación del profesional con su paciente.

Consideraciones finales

A pesar de que casi la mitad del contenido de la nueva versión del código de ética profesional para fisioterapeutas esté constituida por conceptos deontológicos, se concluye que las reflexiones bioéticas están presentes y pasaron a predominar, quedando más próximo de las cuestiones de carácter humanista. Creemos que una intensificación de las discusiones bioéticas en la formación inicial de los fisioterapeutas, así como de los actuales liderazgos sindicales y de los consejos de clases, podría contribuir a una mayor incorporación de las discusiones bioéticas en la actividad del fisioterapeuta.

Fuente de financiamiento: Universidad de Brasilia.

Referências

1. Alves FD, Bigongiari A, Mochizuki L, Hossne WS, Almeida M. O preparo bioético na graduação de fisioterapia. *Fisioter Pesqui.* 2008;15(2):149-56.
2. Alves FJS, Lisboa NP, Weffort EFJ, Antunes MTP. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. *Rev Contab Financ.* 2007;18(43):58-68.
3. Leão HMC. A importância das teorias éticas na prática da bioética. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010;10(2):427-32.
4. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006;20(4):285-9.
5. Renner A, Goldim J, Prati F. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2002;6(3):135-8.

6. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A formação ética do fisioterapeuta. *Fisioter Mov.* 2007;20(3):101-5.
7. Ramos FRS, Nitschke RG, Borges LM. A bioética nas contingências do tempo presente: a crítica como destino? *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(4):788-96.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica.* São Paulo: Loyola; 2002.
9. Antonio EMR, Fontes TMP. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(5):355-60.
10. Figueiredo LC, Gratão ACM, Martins EF. Code of ethics for physical and occupational therapists reveals contents related to professional autonomy. *Fisioter Pesqui.* 2013;20(4):394-400.
11. Gomes AMA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(2):56-65.
12. Hossne WS. Bioética-sociobiologia: neologismos oportunos? *Interface da tecnociência com as ciências humanas e sociais.* *Interface.* 2013;17(45):453-62.
13. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito nº 10, de 3 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 22 set 1978 [acesso 3 jun 2016]. Seção I. Disponível: <http://bit.ly/1VHRK5U>
14. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; ago 2013 [acesso 3 jun 2016]. Seção I. Disponível: <http://bit.ly/1OKxCOQ>
15. Pyrrho M, Prado MM, Cordón J, Garrafa V. Análise bioética do código de ética odontológica brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1911-8.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 225.
17. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):611-4.
18. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia. [Internet]. 2002 [acesso 3 jun 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1tcaHmh>
19. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* 2015;24(1):113-28.
20. Anjos MF, Siqueira JE. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. São Paulo: Ideias e Letras; 2007. p. 13-28.
21. Badaró AFV, Guilhem D. Bioética e pesquisa na fisioterapia: aproximação e vínculos. *Fisioter Pesqui.* 2008;15(4):402-7.
22. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU; 1998.
23. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Bras Bioética.* 2005;1(2):122-32.
24. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais. *Mundo Saúde.* 2006;30(4):673-6.
25. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):1627-36.
26. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(2):241-7.
27. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual código de ética médica. *Rev. bioét. (Impr.).* 2010;18(2):439-50.
28. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 12 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
29. Souza MTM. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética.* 2003;11(1):83-100.
30. Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface.* 2007;11(21):65-78.
31. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988. Seção 1.
32. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990.
33. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):719-29.
34. Cavalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter Mov.* 2011;24(3):513-22.

Participación de los autores

Leandro Corrêa Figueiredo participou de la fundamentación teórica de la investigación, así como de la elaboración metodológica y del análisis final de los resultados. Aline Cristina Martins Gratão participó de la lectura y de la extracción de fragmentos textuales y de la clasificación de las unidades textuales. Emerson Fachin-Martins fue el mentor de la propuesta, orientando al autor principal en la elaboración del proyecto de investigación y análisis final de los resultados; también participó de la revisión final del texto.

Recebido: 21.1.2016

Revisado: 27.5.2016

Aprovado: 3.6.2016