



Katia Torres Batista

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
katiatb@terra.com.br

Ulises Prieto y Schwartzman

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
205396@sarah.br

Valney Claudino Sampaio

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
204236@sarah.br

Ana Caroline Leoncio

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
13515@sarah.br

Livia Penna Tabet

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
12988@sarah.br

Eliane Maria Fleury Seidl

Rede Sarah de Hospitais. Brasília, DF,
Brasil
eliane.seidl@gmail.com

Parecer de aprovação ética referente ao
CAAE 48676715.7.0000.0022 do Sistema
CEP/Conep.

Recusa de procedimentos em Hospital de Reabilitação: análise bioética.

Refusal of procedures in Rehabilitation Hospital: bioethics analysis.

Resumo: Do ponto de vista bioético é importante analisar as causas de conflitos na recusa da realização de procedimentos durante a internação de pacientes em Hospital de Reabilitação. Objetiva-se descrever a recusa dos procedimentos em Hospital de Reabilitação e analisar à luz da bioética. Questionários foram aplicados a enfermeiros sobre o motivo da recusa de procedimentos e as consequências no atendimento. De 190 internações durante um mês, 20 recusaram procedimentos na enfermagem, 55% mulheres, 61 anos de idade, 75% com grau de escolaridade até o ensino médio, 75% apresentavam comorbidades, 65% com indicação cirúrgica. O tempo de internação foi em média de 27,5 dias, 10% recusaram procedimentos, entre estes de locomoção e de enfermagem, obteve-se consenso em 50%, houve consequências no atendimento em 55% destes. Os profissionais de saúde estão cientes de que não é possível realizar cuidados sem o consentimento do paciente, todavia isso pode gerar impacto nos cuidados ao paciente. É importante que o paciente entenda as informações que lhe foram prestadas e as repercussões das suas decisões sobre o seu atendimento e tratamento, especialmente em reabilitação, que exigem cuidados duradouros ou permanentes, a depender do grau de dependência física e psíquica.

Palavras-chave: Recusa, bioética, cuidados de enfermagem, reabilitação.

Abstract: It is important to analyse tensions in procedures during hospitalization of patients in a Rehabilitation Hospital. The aim of this study was to describe the refusal of the procedures in a Rehabilitation Hospital and to analyze it in the light of bioethics. Self-administered questionnaires were applied to nurses to identify the profile, the reason for the refusal of procedures and the impact on treatment. Of 190 admissions in a month, 20 declined procedures in wards. 55% were female, 61 years old, 75% through high school, 75% had comorbidities, 65% with surgical indication, length of stay 27.5 days, 10% refused procedures, including procedures of movement and nursing, consensus was reached by 50% with and consequences on attendance by 55%. Health professionals in general are aware that it is not possible care without the patient's consent; however, this can have an impact to the patient. It is important that the patient understands the information that has been given to him and the repercussions of his decisions on his care and treatment, especially in rehabilitation, that require long-term or permanent care, depending on the degree of physical and psychological dependence.

Keywords: Refusal, bioethics, nurse care, rehabilitation.

Introdução

A recusa de procedimentos é uma situação que os profissionais de saúde têm que lidar na prática diária. Os enfermeiros passam todo o tempo ao lado do paciente e procuram encorajar os pacientes a aceitar o tratamento proposto e melhorar as chances de recuperação bem sucedida. Esta motivação está centrada no princípio da beneficência, fazer o bem, todavia existem tensões entre os profissionais e a autonomia do paciente. (Tomkowiak, 2004; Bacote, 2001).

Os profissionais de saúde em geral estão cientes de que não é possível administrar cuidados sem o consentimento do paciente, todavia a não realização de determinados procedimentos pode gerar prejuízo ao tratamento do paciente. Certamente é importante promover as informações adequadas para se conseguir o acordo na realização do cuidado, todavia muitas vezes não é possível o consenso. Geralmente, os profissionais concordam que se a competência do paciente assistido está presente, a sua autonomia deve ser respeitada (Tomkowiak, 2004; Fortes, 1996).

O Termo de consentimento informado (TCI) é o documento obtido para realização de cuidados e procedimentos em saúde, já bem estabelecido na prática e na literatura. Neste documento deve estar descrito de forma clara e concisa, os riscos, possíveis benefícios dos cuidados e procedimentos propostos pela equipe. O propósito do termo é proteger a autonomia do paciente, a concordância com o termo é a condição para internação, todavia muitos pacientes recusam os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, mesmo que tenham assinado o TCI na internação hospitalar, e não é possível obter consentimento a todo momento, e para todos os procedimentos a serem realizados. Muitos dos obstáculos relacionados ao termo de consentimento podem ser relacionados à falta de comunicação e de compreensão, diferenças culturais, religião, grau de instrução e a expectativas pessoais. Melhorar a escolha do paciente é um tema importante na bioética, deontológico e nas leis médicas (Pollok, 2015; Oliveira, 2010).

O consentimento informado (CI) é o processo legal usado para promover a autonomia do paciente, em que ao processo decisório seja compartilhado. Esses processos envolvem decisões a cerca de risco, certeza e benefícios. A tomada de decisão compartilhada é mais apropriada em situações de incerteza, nas quais existem duas ou mais alternativas clinicamente razoáveis. Quando há apenas uma escolha, o paciente e o médico podem se reunir e trocar informações; no entanto, o paciente não

pode ter poderes para fazer escolhas que não existem. Por outro lado, o CI não requer a presença de escolha clínica; é apropriado para todas as decisões de risco significativo, mesmo que haja apenas uma opção. Quando uma decisão clínica contém risco e incerteza, a tomada de decisão compartilhada e o consentimento informado são apropriados. Para decisões de menor risco, o consentimento ainda deve estar presente, mas pode ser simples, em vez de informado. Porém, muitas das vezes é difícil prever os riscos diante de situações em pacientes com patologias crônicas e limitações da capacidade física e cognitiva (Pollok, 2015; Oliveira, 2010).

A internação de pacientes em reabilitação do aparelho locomotor tem particularidades como, por exemplo, a internação prolongada e sucessiva, o grau de dependência, a imobilidade, a necessidade de deambulação precoce, muitas destas particularidades podem resultar consequências no resultado do tratamento. A exemplo da imobilidade prolongada que pode resultar em lesões de pressão e suas consequências. Muitas das causas de imobilidade podem ser devidas a fatores psicológicos (por exemplo, depressão, medo de cair ou se machucar, falta de motivação), as alterações do estado físico (doenças cardiovasculares, neurológicas, doenças músculo-esqueléticas, e dor), e aos fatores ambientais. Entretanto, os fatores psicológicos e ambientais são tão importantes quanto o estado físico, e tem maior influência em adultos mais velhos (White, 2013).

A compreensão dos riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos propostos para internação em ambiente hospitalar, descrita no termo de consentimento e reforçada no momento da internação é importante para participação do paciente no processo decisório. A admissão voluntária do paciente com a anuência e assinatura ao termo de consentimento informado, é a condição fundamental para realização de procedimentos, porém não significa que o paciente irá concordar com todos os procedimentos propostos. Os pacientes podem se sentir pressionados a assinar o termo, sem, no entanto compreendê-lo ou desejarem, visto que é a condição para internação e tratamento, muitas vezes não consentindo na realização de procedimentos subsequentes que fazem parte do tratamento.

Existem outros fatores como, por exemplo, o estado de doença, o prognóstico, alterações clínicas, estados de hipo ou hiperglicemia, o abuso de substâncias, a exemplo, os psicotrópicos, o porte cirúrgico do procedimento, que podem influenciar na competência e decisão do paciente. Todavia, o modo como esses fatores podem influenciar negativamente no tratamento é pouco discutido (Tomkowiak, 2004). A apli-

cação do princípio da autonomia é um dos pilares da Bioética moderna. A autonomia diz respeito ao consentimento e a capacidade de autogoverno, todavia existem circunstâncias que o paciente recusa procedimentos importantes, gerando conflitos relacionados à autonomia do paciente e a beneficência exercida pelos profissionais que prestam a assistência, a não-maleficência (Gracia, 1990; Pellegrino, 1990; Bechaump, 2002). O princípio da não-maleficência, baseado na bioética principalista, pode significar prudência, um princípio segundo o qual não devemos infligir mal ou dano a outros, sendo apenas um ponto de partida muito rudimentar como orientação a cerca das condições as quais ações danosas são proibidas (Bechaump, 2002). É importante explorar as potenciais causas de tensão na realização de tratamentos e procedimentos durante a internação de pacientes e analisá-los na perspectiva bioética.

Objetivo

Descrever a recusa dos pacientes aos procedimentos oferecidos pela equipe de enfermagem em Hospital de Reabilitação e analisar à luz da bioética.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal, com amostragem de conveniência, não probabilística, realizado mediante aplicação de questionário estruturado, com questões abertas e fechadas, elaborado para o estudo, aplicados a equipe de enfermagem do Hospital Sarah Brasília durante o trabalho em enfermagem na ortopedia, após obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Associação das pioneiras sociais sob o de CAAE 48676715.7.0000.0022. Foi preenchido questionário com os tópicos: registro do prontuário, procedimento ou atendimento que o paciente recusou, número de vezes da recusa, justificativa para recusa, impacto no tratamento do paciente, frequência de acordo na realização do procedimento, percepção da equipe quanto à atitude do paciente. No preenchimento do questionário continha o registro do prontuário médico do paciente que recusou o procedimento e este paciente foi acompanhado durante toda a internação e os seguintes dados foram coletados: idade, sexo, grau de escolaridade, o tempo de internação, o diagnóstico, tratamento, comorbidades e complicações. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva por meio de frequências relativas e absolutas pelo programa Excell.

Foi realizada revisão narrativa da literatura na base de dados Pubmed com as palavras chaves care nurse and rehabilitation, refuses nurse care and bioethics, refuse care; refuse care and bioethics, refuse care nurse.

Resultados

No o período de um mês foram internados 190 pacientes nas enfermarias da Ortopedia de adultos do Hospital Sarah. Foram estudados os prontuários de 20 pacientes (10,5%) que recusaram a realização de procedimentos propostos pela equipe de enfermagem durante a internação e preenchido o questionário.

Os questionários foram preenchidos por enfermeiras do sexo feminino com tempo médio de 20 anos de trabalho no Hospital. O Hospital Sarah é um Hospital público que tem seu foco na reabilitação de pacientes hospitalizados por problemas do aparelho locomotor, neurológicos e musculares, que afetam a coluna vertebral, extremidades superiores e inferiores. As condições que exigem internação normalmente envolvem: lesão medular, alterações no disco intervertebral e na coluna vertebral, cirurgia de substituição articular, particularmente artroplastia de quadril e joelho; cirurgia da coluna vertebral, amputação de membros, trauma de membros, tratamento de ossificação heterotópica, de síndrome compressiva, deformidade óssea adquirida, congênita e de tumores localizados no aparelho locomotor.

O programa de reabilitação conta com equipe multidisciplinar para determinar as medidas terapêuticas necessárias e o prognóstico. A equipe é também responsável por identificar eventuais comorbidades médicas, tais como doença cardiopulmonar, complicações hospitalares adquiridas, como delírio, e quaisquer questões não resolvidas que impeçam a capacidade do paciente em participar do tratamento e de atividades de reabilitação. O plano de reabilitação deve identificar e abordar qualquer deterioração do funcionamento motor, sensorial, cognitivo, da comunicação e psicológico.

Os pacientes devem ter programas de cirurgia, fisioterapia, uso de órteses e outras medidas fundamentais a sua recuperação. Os pacientes e seus cuidadores são informados dos objetivos da reabilitação, da duração prevista para internação, e receber relatórios semanais do progresso do tratamento, apresentados e discutidos em reuniões de equipe semanais, momento em que há a revisão dos objetivos estabelecidos e avaliação de quaisquer obstáculos referentes ao progresso do programa de reabilitação.

A enfermaria do Hospital Sarah tem capacidade de 66 leitos, sendo 30 leitos na ala A e 30 na Ala B, as enfermarias são masculinas e femininas, recebe em média 20 internações diárias para tratamentos ortopédicos e de doenças do aparelho locomotor. Cada ala conta com três apartamentos individuais reservados para longa permanência, isolamento, precaução de contato de doenças infecciosas até o resultado de exame, alteração de comportamento e casos especiais definidos pela equipe.

A equipe de atendimento é formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistente sociais, nutricionista, farmacêutico, entre outros profissionais especializados e envolvidos no atendimento de pacientes diariamente. Em cada ala têm três enfermeiros e três auxiliares de enfermagem para o atendimento das internações.

A maioria dos pacientes estudados tinha 61 anos de idade (mínima 33 e máxima 98), eram do sexo feminino (55%) e tinham grau de instrução até o ensino médio (75%). O diagnóstico foi de doenças do aparelho locomotor (Tabela 1), 15(75%) apresentavam comorbidades, principalmente hipertensão arterial em 9(45%), diabetes mellitus 2 casos(10%), insônia, depressão, alergia a medicamentos, acompanhamento psiquiátrico e em uso de medicação para insônia, antidepressivo e outros (Tabela 1).

Dos pacientes avaliados 13(65%) tinha indicação para tratamento cirúrgico, sendo 10 deles para cirurgias de grande porte (Tabela 1) e com período prolongado de internação. O tempo de internação variou de 1 a 150 dias, com a média de 27,5 dias de internação (Tabela 1). Os procedimentos mais frequentemente recusados foram relacionados à locomoção (30%) (sair do leito, auxílio locomoção para sair do leito, mudança de posição no leito), (30%) uso de analgésico de horário, e procedimentos de enfermagem (30%) (banho, cateterismo, esvaziamento intestinal) (Tabela 2).

Os motivos para recusa foram principalmente (70%) dor, medo, mal estar, fraqueza, ansiedade, insegurança e 30% foram sem justificativa, ou por discordância entre paciente e equipe, ou entre pacientes e familiares (Tabela 3). Em 50% dos casos foi possível o consenso, todavia 35% recusaram de 5 a 10 vezes o procedimento mesmo com após receber as orientações quanto aos riscos de complicações (Tabela 1). A principal consequência relacionado ao procedimento recusado foi o prolongamento da dor, um caso de surgimento de ulcera por pressão de grau I; em 13% foram observados agressões verbais contra a equipe e cuidadores(Tabela 4).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes internados no período de um mês no ano de 2015 na enfermaria de Ortopedia do Hospital Sarah Brasília

VARIÁVEIS	ITEM	N	%
Sexo	Feminino	11	(55%)
	Masculino	9	(45%)
Idade	61,7 (DP= 16,4; mínima 33 e máxima 98)		
Grau de Instrução	Analfabeto	1	(5%)
	Fundamental incompleto	6	(30%)
	Fundamental completo	3	(15%)
	Médio completo	5	(25%)
	Superior completo	3	(15%)
	Pós-graduação	1	(5%)
	Não consta	1	(5%)
Tratamento	Conservador	7	(35%)
	Cirúrgico	13	(65%)
Tempo de internação	27,5 (DP 35,8; mínima 1 e máxima 150)		
Diagnostico	1. Displasia espândilo-epifisária	1	(5%)
	2. Espondilolistese lombar	1	(5%)
	3. Osteoartrose de grandes articulações	4	(20%)
	4. Tumor ósseo	1	(5%)
	5. Hálux valgo	2	(5%)
	6. Paraparesia	1	(5%)
	7.Lombociatalgia	1	(5%)

Fonte: Próprios Autores.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes internados no período de um mês no ano de 2015 na enfermaria de Ortopedia do Hospital Sarah Brasília.... Continuação

VARIÁVEIS	ITEM	N	%
Motivo da internação	1.	Artrodese de coluna vertebral	2 (10%)
	2.	Artroplastia de joelho e de quadril	3 (15%)
	3.	Laminoplastia cervical	(10%)
	4.	Retinaculotomia dos flexores	(1) 5%
	5.	Correção de halux valgo	1(5%)
	6.	Reconstrução ligamento do joelho	1(5%)
	7.	Microcirurgia para retirada de MAV	1(5%)
	8.	Controle de dor crônica	(2) 10%
	9.	Infiltração	2(10%)
	10.	Fisioterapia	1(5%)
	11.	Avaliação pré-operatória	1(5%)
	12.	Controle de infecção	1(5%)
	13.	Cirurgia para controle de complicações e sepse	1(5%)
	14.	Exeresse de tumor ósseo	1(5%)
Tempo de estudo	30 dias		
Número de pacientes internados no período	190		
Número de pacientes que recusaram procedimentos	20 (10,5%)		
Número de internações por dia	10		
Número de leitos	66		
Número de profissionais responsáveis pelo atendimento por enfermaria	3 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem		
Número de vezes de recusa de procedimentos	1-4 (13/65%)		
	5-10 (5/25%)		
	>10 (2/10%)		
Possibilidade de acordo	Sim 10(50%) ; Não 10(50%)		

Fonte: Próprios Autores.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto ao procedimento recusado; *CPM - *Control Passive Motion*

PROCEDIMENTO RECUSADO	N	%
Uso de analgésico	1	5%
Sair do leito/deambular	3	15%
Uso de auxílio locomoção para marcha	2	10%
Mudança de posição no leito	1	5%
Procedimentos enfermagem (banho, cateterismo, esvaziamento intestinal)	6	30%
Uso de CPM no pós-operatório	1	5%
Cirurgia	1	5%
Uso de órtese (colar cervical)	1	5%
Fisioterapia, medicação e exames solicitados	1	5%
Orientações da equipe (cuidados com o membro operado, não fumar)	1	5%
Alta hospitalar	2	10%
Total	20	100%

Fonte: Próprios Autores.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes quanto o motivo da recusa de procedimentos.

JUSTIFICATIVA PARA RECUSA	N	%
Dor	5	25%
Mal estar	1	5%
Medo quedas	1	5%
Frio	1	5%
Pele ressecada	1	5%
Fraqueza	1	5%
Recusa sem justificativa	1	5%
Ansiedade	1	5%
Insegurança com a alta	1	5%
Falta de acompanhante para a alta	1	5%
Não concordou com as orientações da equipe	3	15%
Consenso do paciente e familiares	1	5%
Não aceitou a via de aplicação retal	2	10%
Total	20	100%

Fonte: Próprios Autores.

Tabela 4. Distribuição quanto a consequência no atendimento relacionada a recusa na realização do procedimento proposto.

CONSEQUÊNCIA	N	%
Prolongamento da internação	3	20,00%
Falta de controle da dor	1	3,33%
Formação de escara grau I	1	3,33%
Discussão/agressão contra a equipe e acompanhantes	2	20,00%
Necessidade de contenção pós-operatória	1	3,33%
Insucesso no tratamento da constipação	2	13,30%
Não realização da cirurgia proposta	1	3,33%
Total	11	55%

Fonte: Próprios Autores.

Discussão

Os autores procuraram conhecer e analisar as tensões entre o respeito à autonomia, o consentimento realizado na internação e a recusa na realização de procedimentos durante internação em Hospital de reabilitação sob a perspectiva da equipe de enfermagem com a reflexão bioética. Na revisão da literatura realizada na base de dados Pubmed com os descritores *care nurse and rehabilitation* foram encontrados 2605 artigos; *refuse care* em 537 artigos, *refuses nurse care and bioethics* em dois artigos; *refuse care nurse* em 38 artigos e *refuse care and bioethics* em 24 artigos, nos últimos cinco anos. Identificamos, portanto, o pequeno número de publicações quanto aos cuidados de enfermagem em reabilitação associado à bioética. Na recusa de procedimentos de saúde e bioética os autores discutem principalmente os temas relacionados à recusa de vacinação, prolongamento da vida em pacientes psiquiátricos, diretivas antecipadas, competência, racionalidade prática e valores, terminabilidade da vida, transfusão de sangue e religião, direitos do feto e direitos da pessoa condenada a pena de morte. Outras situações de recusa são descritas nas situações de emergências, com idosos, doenças neurológicas progressivas, risco profissional, quanto a procedimentos e medicamentos, cuidados paliativos e a cerca de decisões em situações de incapacidade para consentir.

A maioria dos pacientes que recusaram procedimentos avaliado neste estudo foram mulheres em idade adulta, baixo grau de instrução, com patologias do aparelho

locomotor, que exigiram procedimentos cirúrgicos, de grande porte e tempo prolongado de internação. Ainda, 75% apresentavam comorbidades, sendo 10% de natureza psicológica. Os procedimentos recusados foram principalmente relacionados à locomoção (30%), ao uso de medicamentos para controle da dor, e aos procedimentos de enfermagem (30%).

Quanto a avaliação da percepção das consequências da recusa ao procedimento e o possível impacto no atendimento, os achados revelaram o prolongamento da dor, visto que não aceitavam os medicamentos prescritos e persistiam com dor. A persistência da dor pode ocasionar aumento da pressão arterial e conseqüentemente aumento do sangramento pós-operatório, edema, aumento do tempo de internação, entre outros; conseqüentemente o aumento do risco de complicações. Outra recusa foi relacionada a mudança de decúbito, a imobilidade no leito leva o surgimento de ulcera por pressão, visto em um paciente que apresentou lesão de pressão de grau I; ainda há questões de dificuldade no consenso e os relatos de agressões verbais à equipe de assistência, por motivos diversos. A lesão por pressão decorre da permanência prolongada em uma mesma posição e quando surge leva período de tempo prolongado para resolução, promove a solução de continuidade na pele com a entrada de germes e contaminação da ferida. Outra consequência da imobilidade é a rigidez articular, em atendimento de hospital de reabilitação do aparelho locomotor com abordagem principal de problema articulares, a imobilidade gera rigidez permanente e anquilose, até a perda da função articular.

Os aspectos relacionados às possíveis consequências e riscos subseqüentes foram percebidos pela equipe de saúde que prestaram o atendimento e verificados na evolução no prontuário dos pacientes estudados. A limitação do estudo é que não foi realizada a análise comparativa das complicações dos pacientes internados no mesmo período que não recusaram procedimentos, para se mensurar riscos e probabilidade de riscos, o que pode ser o propósito de outro estudo. Todavia os dados ensejam a reflexão bioética, procurando por ferramentas necessárias para intermediar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, visto que a recusa na realização de procedimentos foi um problema frequente.

Os motivos apresentados para recusa foram relacionados a dor, angústia, fraqueza, medo, insegurança e mal estar. Como causas de recusa descritas na literatura estão o medo, a ansiedade, deficits auditivos, o tipo de doença, as comorbidades, a dor, a fadiga, o nível de consciência, citando por exemplo, estados de hipoglicemia

que pode levar a situações de agressividade ou apatia. Conhecer estes fatores pode auxiliar na realização de medidas éticas para condução destes casos (Bacote, 2001). O grande dilema é como podemos encorajar os pacientes a aceitarem os procedimentos propostos e necessários para o sucesso do seu tratamento sem coagi-lo ou ainda, propor alternativas que possam lhes garantir a autonomia sem prejudicar o seu atendimento. A avaliação dos fatores que possam contribuir para a recusa e não colaboração do paciente foi importante para avaliação crítica da equipe e das estratégias adequadas para abordagem (Malia, 2013) e atendimento em reabilitação, entre equipe interdisciplinar, onde as decisões quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento se dão em forma de consenso, com a participação ativa de todos, inclusive dos pacientes e seus familiares.

A Associação de Enfermeiros de Reabilitação (ANR, 2014) afirmaram que os enfermeiros são uma parte essencial na reabilitação dos pacientes, porque são responsáveis pelo atendimento e cuidado específicos, as experiências e as respostas diversas encontradas no processo deliberativo e de reabilitação. O conhecimento das diversidades culturais, sociais, e aspectos psicológicos, relacionados à personalidade, entre outros, são fundamentais ao atendimento e no processo de reabilitação. A reabilitação é praticada em vários setores do atendimento de patologias do aparelho locomotor, cujo programa envolve cirurgias de grande porte, uso de órteses, próteses e fisioterapia prolongadas.

Em 50% dos casos apresentados neste estudo foi possível o consenso, considerando que os procedimentos foram recusados em 5-10 vezes em 35% dos casos, denotando a busca pela equipe do consenso e do equilíbrio entre autonomia e beneficência. As discussões sobre as relações entre pacientes e profissionais de saúde evidenciaram dilemas entre paternalismo, beneficência e autonomia, ou seja, questionando-se a quem cabe tomar decisões pela própria vida e pela saúde. A Bioética tem tentado responder estas questões, principalmente sobre os interesses privados das pessoas, da autonomia e da autodeterminação, é um extenso capítulo na bioética, principalmente relacionada a autonomia e ao consentimento informado. Segundo Nunes (2014) não existe uma visão única sobre o bem comum e o bem individual, e para evitar um choque entre os indivíduos e possibilitar o convívio é necessário definir um mínimo ético universal, ademais, a ética do profissional de saúde implica que os profissionais sejam independentes em seu julgamento na prática, mas o dilema é conciliar o melhor julgamento do profissional de saúde e a autonomia do paciente.

Para Wassna (2011) o direito de autodeterminação é correlato à obrigação de não prejudicar outros, de avaliar a competência, as interferências sobre a autonomia e a extensão da autonomia aos familiares, a exemplo de crianças, idosos, pessoas sem condições para consentir. No outro lado, de forma simplificada, a beneficência, praticada pelos profissionais de saúde, significa fazer o bem, não prejudicar o outro. Outro aspecto, é a prática do paternalismo, definido quando o profissional toma decisões pelo outro sem que o mesmo participe do processo, o que pode ser prejudicial quando é excessivo.

A enfermagem tem nas suas atividades a Bioética do cuidado, como característica que se soma e às vezes se sobrepõe aos princípios acima citados, de autonomia e beneficência. Estes princípios são insuficientes para analisar temas complexos como aqui apresentado. Os princípios deontológicos e bioéticos propostos por Beauchamps e Childress são a prima fácie importantes para análise de dilemas, mas são insuficientes nestes casos, pois, é necessário analisá-los a luz dos fatos e da realidade de doenças crônicas e a necessidade de auxílio em várias atividades de vida diária durante o programa de reabilitação. Ademais, no caso da equipe de enfermagem, há uma particularidade na atitude de cuidar que está associada ao seu caráter afetivo, de compaixão, de auxílio ao próximo, e das suas competências estendidas ao atendimento de pacientes com limitações e disfunções físicas. Isto permite, além da garantia da autonomia, um princípio moral fundamental que procura dar uma resposta emocional positiva, que visa apoiar as condições e a situação dos outros, todavia com a possibilidade de atitudes paternalistas, porém o paternalismo é exagerado, quando a equipe passa tomar as decisões para o paciente.

Os pacientes têm o direito de recusar o seu tratamento baseados no exercício da sua plena autonomia; no entanto, esta recusa deve ser relatada e analisada, considerando-se quais os motivos levaram a recusa e se houve consenso entre profissionais e pacientes. O atendimento em programa de reabilitação do aparelho locomotor é complexo e envolve o paciente, a família e relações interpessoais, as quais se modificaram ao longo dos anos em função da doença crônica, do grau de dependência, da idade e das co-morbidades. Entre as medidas que podem melhorar a qualidade de vida é fundamental a recuperação da independência para realização de atividades de vida diária e conseqüentemente a promoção da auto-determinação .

O profissional de enfermagem especializado em reabilitação segue as normas de conduta descritas no Código de ética dos profissionais de enfermagem (CEPE,

2017) somadas às especificidades da reabilitação. Vale ressaltar que é necessário que o profissional cumpra o código de ética durante as suas decisões. Neste estudo identificou-se que 10% dos pacientes internados em enfermaria ortopédica em hospital público de reabilitação recusaram procedimentos, sendo que todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido no momento da internação. Vale ressaltar que 35% dos pacientes recusaram mais de 10 vezes a realização dos procedimentos, apesar de serem explicados e orientados quanto à importância do procedimento. Como a equipe de assistência pode lidar com estes dilemas preservando a autonomia do paciente?

Os profissionais concordaram que se o paciente está competente para suas decisões e a recusa do procedimento não lhe trará maiores prejuízos, a sua autonomia deve ser respeitada. Entretanto, existem fatores que limitam a participação e colaboração do paciente no processo de reabilitação, entre eles, a falta de compreensão do programa e tratamento proposto, seja pelos termos técnicos ou pelo grau de instrução do paciente. Neste estudo observou-se que a maioria dos pacientes (75%) está abaixo do nível médio de grau de instrução. Os fatores relacionados à idade, o nível socio-econômico, experiências passadas, personalidade, estado mental, culturais, religiosas e de gênero, também contribuem devido a dificuldade na comunicação e no acordo na realização de procedimentos propostos. A motivação também deve ser um aspecto relevante a ser considerado, pois o paciente pode se sentir motivado no início do tratamento, mas em uma internação prolongada pode se sentir desconfiado, cansado, exigente e desmotivado.

Neste estudo encontrou-se como principal consequência no tratamento do paciente, o prolongamento da dor, tendo como motivo relatado a recusa de medicação prescrita devido aos efeitos colaterais relacionados aos medicamentos prescritos; outra consequência foi o prolongamento da internação, aumentando-se o risco de complicações, como o que ocorreu, o surgimento de ulcera por pressão grau I; vale ressaltar que 10% teve relação desgastante entre a equipe e o paciente com agressões contra a equipe e às vezes aos cuidadores e familiares. Considerou-se este dado relevante, visto que os cuidados relacionados ao atendimento destes pacientes são fundamentais, devido ao grau de dependência, principalmente física, o uso de andadores, bengalas, muletas, cadeiras de rodas, auxílio e medidas nas atividades diárias como tomar banho, vestir, mudanças e adaptações no ambiente. De outro lado, ainda os efeitos secundários de drogas, medicamentos, pode também contri-

buir para as dificuldades no entendimento e participação dos pacientes. Ademais, sedativos e hipnóticos podem resultar em sonolência, tonturas, delírio, e ataxia, principalmente em idosos; os medicamentos antipsicóticos (especialmente os agentes antipsicóticos típicos) têm efeitos extrapiramidais proeminentes e pode causar rigidez muscular e mobilidade diminuída, e nas crises de hipoglicemia, quando em uso destes pode ocorrer alterações do comportamento. O tratamento da hipertensão, é outro exemplo, de situação que pode resultar em hipotensão ortostática ou bradicardia, de tal modo que o indivíduo experimenta tonturas e é incapaz de deambular independentemente (Redley, 2011).

Desta forma, as equipe de saúde deve estar atenta sobre estes efeitos, e utilizar a comunicação como ferramenta bioética para a colaboração bem sucedida do paciente e de seus familiares. O consenso é obtido por meio de um processo de comunicação, compromisso e negociação formalizado entre as partes. Na formação do profissional de enfermagem é importante constar os tópicos de segurança do paciente, qualidade no atendimento, qualidade na formação profissional, na estrutura organizacional, nas políticas e programas de carreira e salariais, nas políticas e programas pessoais, nos modelos e padrões de cuidados, na qualidade do cuidado, nas pesquisas, autonomia profissional no contexto multidisciplinar, na participação da comunidade e da organização de saúde, nas relações interdisciplinares, desenvolvimento profissional e de oportunidades para o crescimento conforme a competência aliados a boa prática ética (ARN, 2014).

Considerações finais

Nos aspectos bioéticos envolvidos na recusa dos pacientes aos procedimentos oferecidos pela equipe de enfermagem em Hospital de Reabilitação, observou-se, não somente o exercício dos princípios deontológicos e que preservem a autonomia, beneficência e não maleficência, fundamentais para lidar com as tensões existentes, mas também a importância das especificidades da enfermagem em Reabilitação, principalmente no tocante ao processo decisório e na decisão compartilhada entre todos os profissionais envolvidos no programa interdisciplinar de reabilitação. Foi possível verificar no perfil do paciente admitido na enfermaria,, principalmente idosos, do sexo feminino, com o diagnóstico de doenças crônicas do aparelho locomotor. Em 65% dos casos foram submetidos a procedimento cirúrgicos de grande porte. A taxa de recusa foi de 10% entre aqueles que estiveram internados durante o mês estudado. Entre-

tanto, a repercussão da recusa dos procedimentos teve consequências sobre o atendimento em 55% dos casos, entre estes, o prolongamento da dor, com isso a maior necessidade de uso de múltiplos medicamentos para controle e o prolongamento do período de internação. Estes fatos exigiram da equipe de assistência, o maior treinamento e habilidade para lidar com as complicações, as agressões verbais, para a busca do consenso e para a resolução das tensões, demonstrado em 50% dos casos

Os autores acreditam que o procedimento de obtenção de consentimento informado poderá aumentar a participação dos pacientes no processo decisório, todavia o cuidado realizado pela equipe de enfermagem, a todo o momento pode ser questionado, discutido e recusado durante a internação do paciente. Tal prática está alinhada com o princípio da autonomia do paciente. Um ato é normalmente considerado autônomo, quando o paciente consegue compreender e assimilar o que lhe foi informado, é competente para consentir e que o consentimento tenha sido dado voluntariamente (Bechaump, 2002). Na prática, às vezes, é impossível atender a todos esses critérios.

A competência do paciente em serviço de reabilitação pode estar prejudicada, de forma transitória ou permanente, e ainda serem mais vulneráveis, o que pode ocasionar mais atitudes paternalistas por parte da equipe que assiste. A competência do paciente pode ser avaliada com testes cognitivos, impressão geral sobre a capacidade mental e do estado físico. Uma pessoa pode ter o teste cognitivo normal ou outras avaliações de competência normais, mas lidar mal com as situações em que precisa tomar decisões, quando é questionada, confrontada, está desiludida, deprimida ou desmotivada. (Coulter, 1999).

O paternalismo nas relações de saúde é uma forma de exercer uma ação com o objetivo de beneficiar um paciente, podendo não respeitar o desejo do paciente, pode ser realizado pela equipe, em uma atitude positiva e bem intencionada, mas também pode ter o efeito de criar e manter uma dependência entre o paciente e a equipe de saúde que lhe assiste. Nestas relações de atendimento, os pacientes, cuidadores e profissionais de saúde devem trabalhar juntos para atingir objetivos comuns. Seu relacionamento deve ser baseado no respeito mútuo, pelas habilidades e competências de cada um para alcançar resultados benéficos. A equipe de saúde deve estar, ou deveria estar bem informada sobre as técnicas de diagnóstico, causas de doenças, prognóstico, opções de tratamento e estratégias preventivas, mas somente o paciente sabe sobre a sua experiência em relação à doença, suas circunstâncias sociais, hábitos e comportamento, atitudes em relação ao risco, valores e preferên-

cias. Esses aspectos são importantes e necessários para administrar o tratamento em reabilitação com sucesso, portanto, ambas as partes devem estar preparadas para compartilhar informações e tomar decisões em conjunto.

A questão fundamental não é como medir a incompetência do paciente, mas como ajudá-lo a tornar-se mais competente, isto é, como ele poderia obter um controle prático da sua situação, de ser capaz de viver sua vida de tal maneira que a sua identidade se desenvolva nas relações com outros, principalmente com a equipe que lhe assiste, facilitando a participação no processo decisório. Todavia é importante que o paciente entenda as informações que lhe foram prestadas e as repercussões das suas decisões sobre o seu atendimento e tratamento, especialmente em reabilitação, que exigem cuidados duradouros, ou mesmo permanentes, a depender do seu grau de dependência física e psíquica.

Trabalho realizado na Rede Sarah de Hospitais e na Universidade de Brasília.

Referências

1. ARN. Association of Rehabilitation Nurses. Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Disponível em http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf.
2. Bacote JC. A model of practice to address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing Rehabilitation Nursing 2001; 26 (1): 8-11
3. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.p.45.
4. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COFEN. Brasília 2017.
5. Coulter Angela, Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. BMJ. 1999 Sep 18; 319(7212): 719-720.
6. Gracia D. La bioética médica. In: Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas. Washington: OPAS 1990: 3-7.
7. Hughes DB, Ullery BW, Barie PS. The contemporary approach to the care of Jehovah's witnesses. J Trauma 2008; 65(1): 237-47.
8. Mallia P. Are clarifications on feeding and hydration in PVS needed by Catholic authorities? Med Health Care Philos 2013; 16(4): 795-806.
9. Mitello L. When the patient asks for counselling, when the patient doesn't ask for counselling, when the patient refuses therapy. Prof Infirm 2004; 57(4): 216-21.

10. Oliveira VL, Pimentel D, Vieira MJ. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. *Revista Bioética* 2010; 18(3): 705- 24.
11. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. In: Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington: OPAS 1990: 8-17.
12. Pollock K, Wilson E. Care and communication between health professionals and patients affected by severe or chronic illness in community care settings: a qualitative study of care at the end of life. *Health Serv Delivery Res* 2015;3:31.
13. Redley M, Keeley H, Clare I, Hinds D, Luke L, Holland A. Respecting patient autonomy: understanding the impact on NHS hospital in-patients of legislation and guidance relating to patient capacity and consent. *J Health Serv Res Policy* 2011;16(1):13-20.
14. Tomkowiak JM. How Do We Ethically Manage Patients Who Refuse Therapy? *Rehabilitation Nursing* 2004; 29 (3): 77-89.
15. Nunes R. Consentimento informado e boa prática clínica, *Revista Julgar NE*; 2014: 115-137 (2014B).
16. Wanssa MCD. Autonomia versus beneficencia. *Rev. bioét (Impr.)* 2011; 19(1): 105- 17.
17. White MJ. A Pilot for Understanding Interdisciplinary Teams in Rehabilitation Practice *Rehabilitation Nursing* 2013; 38: 142-152.

Recebido: 11/05/2018. Aprovado: 09/07/2019.