



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Cuidados Paliativos

Unidade Curricular XI  
Investigação II

Vânia Alexandra Rodrigues Ramos

# Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar: Processo de Decisão de Não Reanimar

## Emergency Medical Team Intra-Hospital: Decision Process Not Resuscitate

Vânia Ramos

Licenciada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestranda em Cuidados Paliativos (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; Unidade de Cuidados Intensivos da ULS de Castelo Branco)

Paula Sapeta

Professora coordenadora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; Castelo Branco; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Sociologia; Pós-graduada em Cuidados Paliativos; Doutor em Enfermagem

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo caracterizar o processo de tomada de decisão de não reanimar nas Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares, elegendo como ponto nuclear de pesquisa o papel do enfermeiro, do doente e/ou família neste processo, bem como as diretivas antecipadas de vontade, que benefícios/ implicações na tomada de decisão.

Para a realização deste estudo de investigação recorreu-se à revisão sistemática da literatura, com o horizonte temporal de janeiro de 2005 a novembro de 2015. Para a seleção dos artigos foram definidos critérios de inclusão e exclusão bem como, descritores de pesquisa, utilizando o método PICOD. Pesquisando a partir de bases de dados de texto integral e de referência, foram incluídos 9 artigos dos quais 2 de natureza qualitativa e 7 de natureza quantitativa.

Com este trabalho ficou explícita a necessidade de definir normas de orientação, para que os profissionais de saúde tenham clara noção do referencial de atuação ética e legal em doentes terminais, implementando boas práticas no que se refere à suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados. As decisões antecipadas de vontade (a sua comunicação deve ser semelhante ao consentimento informado) e o envolvimento dos enfermeiros nessas decisões devem ser incluídos. Só desta forma a Decisão de Não Reanimar (DNR) é considerada uma prática digna, enquadrada na visão da ortotanásia.<sup>17</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo de Decisão de Não Reanimar; DNR; Diretivas Antecipadas de Vontade; Papel do enfermeiro, doente e família; Ética.

### ABSTRACT

This paper main goal is to describe the do not resuscitate process in which Hospital Emergency Medical Teams are involved. The aim of this research is to understand the role of the nurse and the patient and/or family, as well to know the implications that advance healthcare directives have on decision making.

This research is the result of a systematic review of the literature, with the time frame from January 2005 to November 2015. For the selection of items it were established inclusion and exclusion criteria as well research descriptors using the PICOD method. The search was performed in data bases of full text and reference data. It were found 9 papers of which 1 was of qualitative research and 7 of quantitative research.

With this systematic review of the literature it was found that healthcare professionals need to have an ethical and legal framework in which they can resort before engaging life saving procedures. This document should include advance healthcare directives and the foundations in which nurses take part of the do not resuscitate decision making.

**KEYWORD:** Process decision not to resuscitate; DNR; Advance directives of will; Role of the nurse, patient and familie; Ethics.

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, na área da saúde, atingiram progressos extraordinários nos últimos anos, tendo possibilitado a manutenção das funções vitais de pessoas gravemente doentes, através de equipamentos e técnicas invasivas de alto custo. Esta evolução foi, sem dúvida, importante, mas também criou alguns problemas resultantes do seu uso inadequado, excessivo e indesejado, contribuindo para o prolongamento da vida, não sendo, muitas vezes, considerada a qualidade de vida que a pessoa doente terá. Se por um lado a vida está protegida, por outro está ameaçada pelas tecnologias que a manejam.<sup>17</sup>

Neste contexto, os hospitais vocacionaram-se para a evolução tecnológica com a intenção de tratar ativamente a doença e evitar a morte. Um exemplo disso foi a implementação, nos hospitais, de uma resposta organizada para situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e para situações de significativa deterioração fisiológica aguda através da criação de Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares (EEMI).

Estas equipas, em situações de necessidade de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR), representam para alguns doentes o evitar de uma morte inesperada, no entanto para outros esta intervenção é inútil e pode prolongar um estado clínico irreversível, causando sofrimento desnecessário ao doente e à

família.<sup>7,30,48</sup> Por este motivo torna-se premente abordar a temática da Decisão de Não Reanimar, num hospital com uma EEMI, refletindo sobre as variáveis a considerar aquando da tomada desta decisão.

Nunes (2008) refere que em situações de doença irreversível e terminal, as Decisões de Não Reanimar são eticamente válidas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada. No entanto, quem toma a decisão de não iniciar ou suspender manobras de reanimação? Muitas vezes são as equipas de emergência interna, isoladamente, ou em conjunto com o médico assistente que tomam esta decisão. Contudo, esta situação suscita outras questões... Esta “discussão” não deveria ter sido iniciada mais cedo? Justificar-se-ia a ativação destas equipas?

De acordo com Araújo e Araújo (2001) esta decisão deve ser tomada pela equipa multidisciplinar juntamente com o doente e sua família de forma antecipada. Nunes (2008) reforça a ideia, referindo que o doente deverá ser um participante ativo na tomada de decisão, sobre qualquer procedimento realizado ou não, aqui incluindo-se a não RCR. Assumir-se uma DNR implica uma comunicação eficaz e verdadeira entre doente e equipa, pois só desta forma o doente poderá exercer em consciência e de forma autónoma, o seu direito à autodeterminação através do consentimento livre e esclarecido.<sup>35</sup>

Santos (2005), refere que existem outros aspetos que devem ser tidos em consideração aquando da DNR, nomeadamente o registo, o

conhecimento e reavaliação desta decisão. O autor (2005) esclarece que :

*no termo das doenças irreversíveis não deve haver lugar para a reanimação cardíaca e respiratória (...) Quando é possível conhecer as situações com antecipação há vantagem em que toda a equipe conheça a existência de instruções de não reanimação, às quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “não reanimar” no processo clínico.*

Mas quem são os doentes que beneficiam da DNR? Os doentes oncológicos são alvo, frequente de discussões sobre esta decisão sobretudo para formas avançadas da doença, uma vez que a RCR nestas situações, é vista como lesiva pelo sofrimento físico causado, pela perda de dignidade e pelo prolongamento da morte e sofrimento da família.<sup>36</sup>

Se por um lado estes doentes, geralmente, não colocam grandes incertezas às equipas quanto à DNR, já por outro, algumas dúvidas se colocam quando os médicos são confrontados com doentes portadores de outras doenças crónicas progressivas que têm também uma evolução semelhante para doença terminal.<sup>30</sup> Daí aconselhar-se o recurso a diretivas antecipadas de vontade representativas da vontade do doente, minorando a ansiedade da família e das equipas prestadoras de cuidados.<sup>6,28</sup> Também nestas situações a DNR é adequada, daí propor-se aos doentes, discutir este assunto no momento do internamento, permitindo esperanças realistas e possibilitando a documentação das preferências dos doentes, aumentando desta forma a precisão da atuação médica.<sup>46</sup>

A abordagem do tema envolve dificuldades, dado o desconhecimento de alguns determinantes éticos, da cultura do “*lutar até à morte*” e da falta de orientação de cuidados paliativos.<sup>4</sup> São ainda obstáculos à aplicação da DNR: a falta de delineação prévio centrado no doente, a resistência do prestador de cuidados em discutir diretivas antecipadas, o desconforto envolvido na abordagem do tema e ainda a falta de tempo e de formação para o fazer.<sup>41</sup>

## 1- METODOLOGIA

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre o processo de tomada de decisão de não reanimar e partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão: *Como decorre o Processo de Decisão de Não Reanimar nas Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar?*

Com o objetivo de clarificar e de operacionalizar a questão de partida foram associadas questões orientadoras:

- Quem toma a decisão de não iniciar ou suspender manobras de reanimação?
- Qual o papel do enfermeiro nesta decisão?
- O doente e/ou família são participantes ativos na tomada de decisão?
- Diretivas antecipadas de vontade, que benefícios/ implicações na tomada de decisão?
  - Justificar-se-á a ativação destas equipas quando existe uma elevada probabilidade do doente não sobreviver (futilidade da RCR)?

De forma, a orientar o processo de investigação e a seleção de artigos adequados à questão em estudo, estabeleceu-se um protocolo de pesquisa no qual foram determinados previamente critérios orientadores. Como critérios de inclusão, foram definidos: estudos empíricos de natureza qualitativa, quantitativa e mistos realizados no horizonte temporal de janeiro de 2005 a novembro de 2015; no âmbito do contexto hospitalar e que incluam apenas doentes adultos. Foram excluídos estudos cuja abordagem da problemática ocorresse fora do contexto hospitalar ou em unidades de cuidados paliativos.

Para a identificação e seleção da literatura científica relevante para a investigação, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, ao fenómeno de interesse e o contexto dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que,

por interseção, levou à obtenção da equação de busca - *Do not resuscitate decision; DNR; Cardipulmonar y resuscitation; Ethics; Advance directives of Will; Hospital; Refusing life; Dysthanasia*. Para o efeito foram consultadas bases de dados de referência e de texto integral: Biblioteca do Conhecimento Online (B-On); Biomed®; PubMed®; Scielo Global; Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; ResearchGate; Elsevier; ScienceDirect; EBSCO; The Cochrane Library. Adicionalmente, de forma a refinar a pesquisa, foram ainda consultadas publicações de referência em Cuidados Paliativos.

Os parâmetros considerados indispensáveis para a leitura, análise e resumo dos artigos definiram-se segundo o protocolo PICOD - **Participantes, Intervenções Comparações, Outcomes (resultados) e Desenho do Estudo (Quadro 1).**

Quadro 1 Protocolo de Investigação PICOD				
P I C O D	<b>Participantes</b>	Quem foi estudado?	- Médicos e enfermeiros; - Doentes adultos; - Internamento hospitalar.	<b>Palavras-chave:</b> - Do not resuscitate decision; - DNR; - Cardiopulmonary resuscitation; - Ethics; - Advance directives of will; - Hospital; - Refusing Life; - Dysthanasia
	<b>Intervenções</b>	O que foi feito?	Processo de Tomada de Decisão de Não Reanimar;	
	<b>Comparações</b>	Podem existir ou não	- Encontrar eventuais comparações entre as atitudes dos enfermeiros perante uma PCR num doente com ou sem DNR; - Comparar os doentes que optam por DNR ou <i>full code</i> .	
	<b>Outcomes</b>	Resultados, efeitos ou consequências	- Fatores que se associam à decisão de não reanimar nos doentes internados no hospital; - Participantes na tomada de Decisão de Não Reanimar; - Efeitos das diretivas antecipadas de vontade no processo de tomada de decisão; - RCR iniciada ou suspensa em doentes em que esta é considerada fútil; - DNR escrita no processo e sua reavaliação.	
	<b>Desenho do Estudo</b>	Como é que a evidência foi recolhida	- Metodologia Quantitativa e Qualitativa: Questionários; Estudos Fenomenológicos; <i>Grounded Theory</i> e outros.	

Como resultado da interseção das palavras-chave, obteve-se 22 referências bibliográficas, das quais após leitura do resumo foram selecionadas 14. Numa última fase de seleção, em que foi realizada a leitura integral de todos os artigos e aplicados todos os critérios de inclusão e exclusão anteriormente referidos, o campus de análise ficou constituído por 9 artigos (Quadro 2), dos quais 7 de natureza

quantitativa e 2 de natureza qualitativo (Figura 1). Todos esses artigos foram lidos integralmente e analisados e serão a base desta revisão sistemática da literatura.

Para facilitar a análise dos resultados recorreu-se à categorização de artigos. Este passo possibilitou direcionar esta revisão sistemática da literatura para o foco de cada artigo alargado à globalidade dos mesmos.

Quadro 2 Artigos considerados na Revisão Sistemática da Literatura				
Título do artigo	Autores	Referencia Ano / País	Participantes	Desenho do Estudo
<b>1. Why Do Patients Agree to a “Do Not Resuscitate” or “Full Code” Order? Perspectives of Medical Inpatients</b>	Downar J. et al	J Gen Intern Med 26(6):582-7 <b>2010</b> / Canadá	Doentes internados que solicitaram uma DNR (27) ou código completo ( <i>full code</i> ) (17).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada/ Versão modificada de <i>Grounded Theory</i> .
<b>2. RESUSCITATION AND CRITICAL CARE Resuscitation in general medical wards: who decides?</b>	Ganz F. et al	Journal of Clinical Nursing, volume 22, Issue 5-6, pages 848–855 <b>2012</b> / Jerusalém	117 Enfermeiros, de cinco serviços de Medicina Interna em dois hospitais de Jerusalém.	Quantitativo Correlacional/ Análise bivariada.
<b>3. Paragem Cardíaca Intra-hospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada</b>	Mendes A. et al	Revista Portuguesa de Cardiologia; 28 (2):131-141 <b>2009</b> /Portugal	277 Doentes em enfermaria de adultos com idade superior a 15 anos que sofreram PCR, e a EEMI foi chamada a intervir.	Quantitativo Retrospectivo
<b>4. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros</b>	França D. et al	Revista Bioética 2010; 18 (2): 469 – 81 <b>2010</b> / Portugal	Todos os enfermeiros (n =231) de dois centros de Oncologia do Norte e Sul que exercessem funções no internamento (Medicina, Cirurgia e Cuidados Continuados).	Exploratório- descritivo de nível I / Questionário
<b>5. O momento da morte no internamento de Medicina Interna</b>	Magalhães L. et al	Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Publicação trimestral vol.16 nº 4 <b>2009</b> / Portugal	403 Doentes falecidos num serviço de Medicina Interna.	Quantitativo retrospectivo
<b>6. Aspetos éticos e legais da ordem de não ressuscitar - Perceção do enfermeiro</b>	Nogueira E. et al	Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente, Aracaju, V.3, N.3, p. 39 – 48 <b>2015</b> /Brasil	10 Enfermeiros que trabalham em Oncologia.	Estudo Quantitativo/ Questionário/ Análise descritiva.
<b>7. Participação do enfermeiro no Processo de decisão de não reanimação da pessoa em estado terminal</b>	Oliveira E.	Tese de mestrado, Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa rcaap.openAccess.10451.10155 <b>2013</b> / Portugal	54 Médicos e 86 Enfermeiros Peritos, dos serviços de Medicina Interna.	Estudo de investigação exploratório/ Questionários /Técnica Delphi.

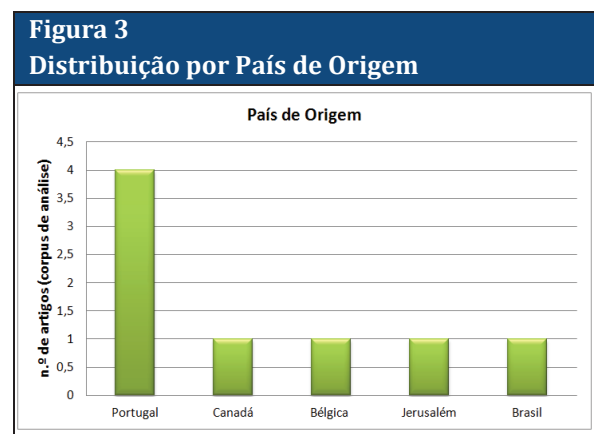
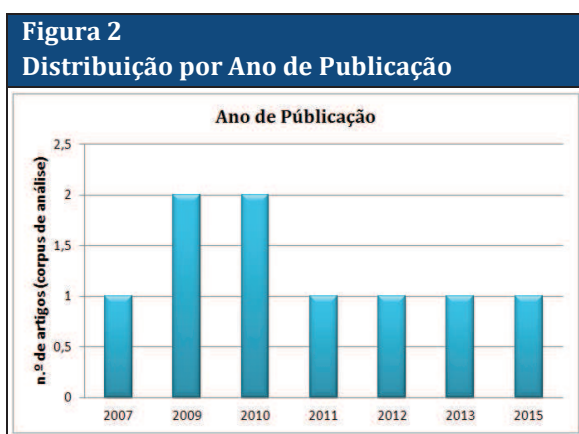
<b>8. Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards</b>	Gendt C. et al	Journal of Advanced Nursing 57(4), 404–409 2007 / Bélgica	Enfermeiros Chefes de Serviços de Agudos	Quantitativo Retrospectivo /Questionários
<b>9. Do not attempt resuscitation: the importance of consensual decisions</b>	Imhof L. et al	Swiss Med Wkly. 2011;141:w13157 2011 / Suíça	40 Médicos e 52 Enfermeiros voluntários de Serviços de Agudos	Qualitativo/ Grounded Theory/ Entrevistas



## 2- RESULTADOS

A maioria dos artigos foi publicada no ano de 2009 e 2010 (Figura 2).

Foi interessante verificar que após filtragem dos critérios de inclusão definidos os artigos mais relevantes para a temática tinham origem na literatura científica portuguesa. (Figura 3)



Em Portugal, nos últimos anos tornou-se evidente o crescente interesse dos profissionais pela área dos Cuidados Paliativos, tendo aumentado a procura ao nível da formação avançada e consequentemente o nível de investigação realizado.<sup>39</sup>

Estes resultados podem também ser justificados pelo fato da Direção Geral da Saúde (DGS), ter determinado, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares.<sup>14</sup>

Considerando que a implementação da EEMI pressupõe não só ações e procedimentos imediatos de reanimação, mas também requisitos e/ou áreas de intervenção com critérios próprios para a sua ativação, levantou-se desde logo a questão no aspeto ético, se todos os doentes deveriam suportar essas medidas, já que determinadas situações clínicas, pelas suas características serem englobadas em situações de dúvida reanimação.

O prolongamento das funções vitais face à irreversibilidade do prognóstico será contrário ao interesse do próprio doente, pelo que se deve ter sempre presente o princípio da bioética da não maleficência, maneira de garantir a dignidade do ser humano, como ser de si mesmo, nomeadamente na fase final da sua vida. É imperativo a mudança de atuação, sendo necessário a implementação de diretrizes sobre a promulgação de DNR com o propósito de auxiliar a tomada de decisão.<sup>8</sup>

Relativamente aos participantes dos estudos, encontra-se sobretudo uma perspectiva direcionada para dois grupos profissionais, enfermeiros e médicos, o que em si constitui uma limitação dos mesmos, uma vez que para garantir um cuidado de excelência à pessoa com uma doença grave, avançada bem como dos seus familiares é necessária uma equipa multidisciplinar.

Quanto aos serviços em estudo, importa realçar a elevada predominância de serviços de Medicina Interna, evento que pode ser interpretado pelo fato de predominantemente estarem internados idosos portadores de múltiplas patologias graves, condicionando quase sempre prognósticos reservados e onde a morte durante o internamento é, infelizmente, uma realidade frequente, mas nem por isso de abordagem mais simples. É por este motivo um serviço rico em situações em que a discussão sobre DNR é pertinente.

#### DECISÃO DE NÃO REANIMAR

A Reanimação Cardiopulmonar surge em 1960, para restaurar a função cardiorrespiratória em doentes que sofreram PCR, e tem como objetivo prolongar a vida com bom prognóstico neurológico.<sup>13</sup>

As limitações da reanimação reconhecem-se em 1976 por profissionais e doentes, alegando-se a reflexão da Decisão de Não Reanimar, que se assume em 1980 em vários países, como parte do direito do doente à sua autodeterminação.<sup>27</sup>

A DNR consiste numa diretiva que recomenda a não realização de manobras de reanimação invasivas em caso de PCR, em doentes com doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível, podendo resultar da vontade do doente ou da constatação médica de que a reanimação não poderá mudar o rumo da doença, prevenindo assim sofrimento desnecessário.<sup>17,33</sup>

Globalmente fornecerá uma instrução imediata e inequívoca aos profissionais de saúde relativamente à atuação perante uma PCR, não interferindo com outro qualquer aspeto do plano de cuidados.<sup>15,17,25,33</sup>

Tendo em conta o desenho de estudo efetuado, procedeu-se a uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o constructo teórico, tentando evidenciar os seus significados e implicações mais relevantes. De forma a facilitar a análise desta revisão, organizaram-se os resultados nas categorias que se seguem:

## CRITÉRIOS DE DECISÃO DE NÃO REANIMAR

Vários são os critérios que medeiam o processo de tomada de decisão de não reanimar, (Figura 4) os estudos indicam como principais fatores, o estado avançado e irreversível da doença, seguido do prognóstico da doença e ainda as co-morbilidades associadas à condição clínica do doente. A decisão de não reanimar resulta pois da análise conjunta de todos estes critérios, bem como do conhecimento científico e exames

complementares que demonstrem a irreversibilidade de uma doença terminal.<sup>17,33</sup>

**Figura 4**  
**Critérios que interferem na tomada de Decisão de Não Reanimar**



## Co-morbilidades

Em relação às co-morbilidades, subsiste uma diferença significativa em relação à presença de neoplasia maligna, verificando-se uma associação entre esta e a decisão de não iniciar ou suspender as manobras de RCR. Se por um lado, as neoplasias malignas metastizadas não colocam grandes indecisões quanto à DNR algumas dúvidas se colocam quando os médicos são confrontados com doentes portadores de outras doenças crónicas progressivas como a insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência respiratória crónicas, SIDA e demência, entre outras, as quais têm também uma evolução semelhante a uma doença terminal. Este evento pode prender-se com a incerteza do prognóstico destas doenças, transformando o tipo de doença

como fator dominante para a decisão de iniciar e manter a RCR e não a gravidade e evolução da mesma.<sup>30</sup>

### **Idade**

Os estudos são ainda concordantes, quando apontam a idade avançada como um aspeto a ser considerado na tomada de decisão. Algumas das razões que podem explicar este facto incluem uma mais baixa reserva funcional com o avançar da idade e uma maior prevalência de co-morbilidades, indiciando uma menor capacidade de recuperação no caso de PCR.<sup>33</sup>

Quanto mais jovem é o doente maior parece ser a dificuldade em se tomar a DNR, uma vez que geralmente, a morte nos jovens é vista como prematura e inesperada e como tal não aceite com tanta naturalidade comparando com um doente mais velho.<sup>33</sup> Todavia, o facto de ser mais difícil a sua aceitação, não é ético estes doentes serem sujeitos a obstinação terapêutica perante uma situação de doença terminal em que a reanimação só conduziria a sofrimento perante os escassos benefícios que poderia trazer, independentemente da idade do doente.<sup>17</sup>

### **MOMENTO DA TOMADA DNR**

Na Medicina contemporânea, não é admissível que a possibilidade da morte não seja prevista, o seu momento não seja antecipado e os seus sinais de alarme não sejam identificados. Do mesmo modo, é fundamental que a atuação em caso de PCR

seja previamente definida e bem compreendida por todos aqueles que lidam com o doente.<sup>25</sup>

Os estudos concordam que a decisão de não reanimar deve ocorrer antecipadamente (na fase terminal) e não na fase agónica da doença, no entanto na prática infelizmente ainda é uma realidade. Na fase agónica o doente muitas vezes não consegue participar, pois o seu estado de consciência pode estar comprometido, ficando impossibilitado para decidir autonomamente, implicando que a tomada de decisão seja, na sua maioria, determinada de forma unilateral pelos profissionais de saúde ou com o conhecimento exclusivo da família.<sup>17,33</sup>

Desta forma é aconselhável o recurso a diretivas antecipadas de vontade, representativas da vontade do doente, minorando a ansiedade da família e das equipas prestadoras de cuidados.<sup>6</sup> Deve então propor-se aos doentes, discutir este assunto no momento do internamento, permitindo esperanças realistas e possibilitando a documentação das suas preferências, aumentando desta forma a precisão da atuação médica e evitando as reanimações fúteis.<sup>46</sup>

### **INTERVENIENTES NO PROCESSO DE DECISÃO DE NÃO REANIMAR**

Quem deve e quem toma definitivamente a DNR é outro ponto fulcral abordado nos trabalhos.

## **Médico**

As opiniões apresentam-se por vezes divididas, no entanto o médico do doente encontra-se na literatura destacado como o mais indicado para tomar esta decisão, visto ser ele que determina o diagnóstico e o prognóstico da doença.<sup>17,31</sup>

Araújo e Araújo (2001) defendem que “*a decisão de não reanimar caberá sempre a um Médico*”, requerendo estas habilidades sociais e profunda perícia, sendo por isso um processo que deverá ser liderado por médicos experientes.<sup>17,21,31</sup>

No entanto as DNR não são descritas como discretos eventos isolados, mas como cascatas de decisões e ações. A contribuição de diferentes profissionais de saúde, a sua experiência profissional, interações com os doentes e as famílias e as regras institucionais produzem uma variedade de processos que participam na tomada de decisão.

## **Doente / Família**

De fato, é o médico quem toma a decisão, no entanto este não possui autoridade ética para prescrevê-la sem o conhecimento e mesmo a aprovação do doente. A sua vontade deve ser considerada como fundamental para o seguimento das medidas terapêuticas.<sup>17,21,31</sup>

O doente assume o cerne desta problemática, pelo que a sua opinião, quer atual ou já expressa anteriormente, deve ser conhecida, valorizada e respeitada.<sup>21,33</sup>

No entanto, a existência de alterações do estado de consciência impõe limites à participação dos doentes nas decisões que se

referem ao tratamento da sua doença. Nesta fase, a família assume uma importância fulcral, pois no caso de o doente no momento da decisão se encontrar incapaz de manifestar a sua vontade, esta constitui um ponto de referência acerca dos desejos e vontades expressas previamente pelo doente.<sup>21,31</sup>

É neste contexto que as diretivas antecipadas de vontade fazem sentido, uma vez que vão traduzir de forma antecipada a vontade consciente, livre e esclarecida do doente, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou que não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Apesar de idealmente se considerar a opinião dos doentes indispensáveis, a realidade é deparada de forma diferente, pois poucos são os doentes envolvidos na tomada de decisão. Este facto prende-se também pela forma como o profissional de saúde percebe a morte, pelos seus sentimentos, princípios, valores e crenças. Esta atitude, infelizmente, irá conduzir inevitavelmente à conspiração do silêncio.<sup>33</sup>

Estabelecer uma decisão de não reanimar deverá implicar a sua discussão com o doente e respetiva família, assumindo a comunicação uma função essencial no sentido de assegurar o direito legal e ético do doente e o respeito da sua autonomia.

## **Equipa de Enfermagem**

Apesar de ser o médico quem toma a decisão, as diretrizes internacionais afirmam

que a DNR deve incluir a perícia coordenada da equipa interdisciplinar.

A auscultação do enfermeiro pode ser crucial e a importância do seu contributo para o processo de tomada de decisão é cada vez mais reconhecida. No entanto, os enfermeiros ainda relatam frequentes exclusões das tomadas de decisões e são ainda poucos os que no seu contexto de trabalho participam efetivamente na DNR.<sup>21</sup> No entanto, vários estudos consideram que o enfermeiro está numa posição preferencial para identificar, facilitar e apoiar o processo de tomada de decisão, apontando como principais motivos o fato deste ser o elemento da equipa multidisciplinar que cuida permanentemente do doente e desta forma poderá conhecer melhor o doente e o seu contexto sociofamiliar, bem como os seus sentimentos e vontades mais significativas em relação ao fim da vida.

Os enfermeiros consideram ainda que embora legalmente não possam prescrever, devem eticamente serem ouvidos.<sup>19,33</sup>

Esta temática no entanto tem gerado alguma discórdia, e alguns estudos apontam mesmo que o trabalho em equipa é posto em causa quando o médico age exclusivamente sem consultar a equipa interdisciplinar.

Os enfermeiros nos casos em que não têm ação direta na tomada de decisão, questionam as ações propostas quando há

discordância, numa tentativa de levar o médico a uma reflexão sobre sua conduta. Nos casos de dissidência os enfermeiros, em particular, sentem-se sobrecarregados e, muitas vezes insistem numa discussão mais aprofundada, na esperança de chegar a um consenso.<sup>17,18,19,31</sup> Do outro lado do espectro, quando as decisões são tomadas em equipa, estas são geralmente bem aceites e mutuamente respeitadas.<sup>19,21,33</sup>

Em suma, o doente e sua família, a equipa de enfermagem, bem como outros elementos da equipa multidisciplinar devem ter lugar na tomada de decisão de não reanimar. As suas opiniões devem ser conhecidas e posteriormente ponderadas.<sup>17,19</sup>

## O DOENTE E AS SUAS ESCOLHAS

Ainda se sabe muito pouco sobre o porquê de alguns doentes solicitarem ou aceitarem uma DNR e outros não. No entanto sabe-se que os doentes tomam a sua decisão com base em fatores pessoais (que refletem estilo de vida ou estado de saúde), fatores relacionais (família e/ou sociedade como um todo) e fatores filosóficos (que refletem o que eles sentem ser adequado).

No quadro 3 são identificadas as diferenças entre doentes com DNR e *full code* (FC) em termos de perspetiva.<sup>15</sup>

<b>Quadro 3</b>	
<b>Diferentes perspetivas dos doentes com DNR ou <i>full code</i> (FC)</b>	
<b>Doentes com DNR</b>	<b>Doentes com <i>full code</i></b>
Experiência prévia sobre reanimação, adquirida através de discussão com membros da família ou através de internamentos anteriores.	Nunca discutiram o assunto até ao momento.
Mais velhos.	Mais jovens.
Atitude positiva.	Atitude negativa.
Em processo de aceitação da doença e do fim da vida, permitindo maior serenidade.	Negação da iminência da morte.
Observam a DNR em termos de cuidados de conforto, permitindo uma morte natural, mantendo os tratamentos no entanto limitando os mais agressivos.	Sentem que uma DNR leva a cuidados passivos de qualidade inferior ou negligência, ou até mesmo a eutanásia ou suicídio assistido.
Envolvem os seus familiares nas decisões.	Não envolvem membros da família a menos que eles estejam presentes durante a conversa com o médico.
Alguns doentes com DNR renunciam a RCR, a fim de evitar dor antecipada ou uma má qualidade de vida. Entendem a reanimação em termos concreto (máquinas e tubos) enfatizando o prolongamento inútil da vida.	A reanimação é descrita em termos abstratos como algo que restaura a vida. Muitos doentes solicitam-na na esperança de permanecerem vivos para passar mais tempo com a família ou cumprir objetivos pessoais.
<b>Pontos em comum</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os diagnósticos de admissão e comorbidades foram semelhantes;</li> <li>• A maioria dos doentes internados não discutiu previamente a reanimação com um médico, mesmo em casos de avançada ou terminal doença.</li> <li>• Em ambos os grupos os doentes sentiram que uma DNR seria desejável em casos de idade avançada, ou má qualidade de vida e saúde em geral.</li> <li>• Ambos referem que a discussão sobre o assunto é perturbadora uma vez que são confrontados com sua própria mortalidade, mas enfatizaram a sua importância bem como a honestidade, clareza e sensibilidade quando se discute esta questão.</li> </ul>	

É importante referir que todos os profissionais de saúde têm a obrigação de garantir que os doentes com DNR continuam a receber tratamentos adequados compatíveis com as suas metas de tratamento. As DNR são indicações legalmente e eticamente aceitáveis, e não devem ser confundidas com eutanásia ou suicídio medicamente assistido. Os médicos que são confrontados com um pedido aparentemente ilógico para *full code* devem explorar preocupações sobre a eutanásia.<sup>15</sup>

#### COMUNICAÇÃO DA DNR AO DOENTE

A discussão sobre as questões em torno da morte e do morrer com o doente e a família geralmente ocorre numa fase tardia da

evolução da doença uma vez que existe uma tendência natural em evitar más notícias quando o doente é portador de doença terminal.<sup>18,21,33</sup>

Nas situações em que o doente não tem conhecimento da DNR, os profissionais de saúde evitam muitas vezes falar toda a verdade, com medo de roubar a esperança aos doentes. No entanto a esperança não desaparece com a verdade, ela poderá é ter que ser reajustada caso esta seja irrealista.<sup>18,21,33</sup>

O enfermeiro assume um papel preponderante, uma vez que é o elemento da equipa que mais contacta com o doente/família, sendo ele o elo de ligação e comunicação entre estes e a restante equipa

interdisciplinar.<sup>40</sup> No entanto o enfermeiro encontra-se muitas vezes limitado na transmissão/comunicação da informação ao doente, ficando impossibilitado, de mudar o rumo da transmissão da informação.<sup>33</sup>

Na prática nem sempre os profissionais se sentem à vontade ou preparados para assumir o papel de transmitir a DNR ao doente.

Vários estudos corroboram essa dificuldade/ impreparação, que os profissionais de saúde experimentam na comunicação com os doentes e famílias explicando que essa dificuldade advém da forma como os profissionais de saúde encaram a morte. Ao ver esta como um fracasso terapêutico, torna difícil e desagradável anunciar um insucesso, uma recidiva ou uma progressão irreversível da doença.

As más notícias são vistas como informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro<sup>43</sup>, no entanto a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com a equipa.

O que acontece frequentemente é que a informação é transmitida aos familiares com intuito de proteger o doente do sofrimento, tornando-se estes cúmplices desta conspiração.<sup>33</sup> Apesar desta intenção, o doente sabe e sofre tentando esconder os seus sentimentos e as suas angústias, não

permitindo desta forma o devido apoio exigido nesta fase.<sup>17,33</sup>

Em suma, é imperativo a mudança de paradigma, o paternalismo deverá dar lugar ao princípio do respeito pela autonomia do doente sabendo a verdade acerca da sua doença, pois só desta forma se poderá diminuir o seu isolamento e os seus medos e capacita-lo para enfrentar a situação (Leal, 2003). A conferência familiar assume nesta fase um papel importante tanto no processo de tomada de DNR como na sua comunicação.<sup>17,33</sup>

#### CONHECIMENTO, REGISTO E REAVALIAÇÃO DA DNR

De acordo com os estudos, perante um doente em fase terminal, a reanimação é frequentemente considerada, tratamento fútil, daí ser vantajoso identificar esta situação em tempo útil e de toda a equipa ter conhecimento da DNR. Para além da equipa multidisciplinar, também o doente e a sua família devem ter conhecimento da DNR, visto que constitui um direito do doente se o desejar ou que tenha condições para o receber.<sup>17,33</sup>

A decisão de não reanimar deve estar bem documentada no processo clínico do doente de forma visível em impresso próprio e/ ou nas indicações terapêuticas, resumindo o quadro clínico do doente. Nesse documento deve constar a respetiva evolução da doença e os fatos que forem relevantes para a tomada decisão após a discussão com a equipa de profissionais de saúde envolvida no

tratamento. Preferencialmente o doente deve ser envolvido (se mantiver capacidades para tal) em simultâneo com a sua família.

O seu registo é tão importante como a sua decisão, pois estes dois passos complementam-se e permitem que todos os profissionais trabalhem em conformidade e parceria.<sup>17,33</sup>

O não conhecimento e o não registo da DNR abre uma lacuna na abordagem do doente por outros profissionais de saúde, quer numa urgência quer na presença de alguém que desconheça essa decisão. Tal atitude não é considerada adequada, pois levanta muitas dúvidas e pode conduzir à prática da obstinação terapêutica pela falha na transmissão e registo da informação.<sup>17</sup>

Em muitas situações as equipas de emergência interna deparam-se com situações em que não existe DNR escrito no processo clínico, levando a que sejam estas equipas a tomar a decisão de suspender ou iniciar manobras de reanimação, sem no entanto terem um conhecimento aprofundado da situação clínica nem conhecimento da vontade do doente. Na ausência deste registo e desconhecendo a situação clínica, em caso de reanimação, as equipas de emergência interna transferem os doentes para as Unidades de Cuidados Intensivos, locais que representam para estes doentes apenas o prolongar dos últimos dias e horas de vida.

Esta situação não é de todo o desejável, justificando-se a adoção de protocolos institucionais e de correspondente legislação

nacional tal como já foi desenvolvido noutros países europeus.<sup>17</sup>

É importante referir que a decisão de DNR não é definitiva, esta deverá ser revista periodicamente, uma vez que, tanto o doente como a sua família podem recusá-la e querer mudá-la como o médico pode suspende-la se a avaliação médica se modificar e/ou o estado clínico do doente se alterar. É por isso imperioso que diariamente as DNR sejam renovadas, documentadas e justificadas.<sup>33</sup>

#### ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE UM DOENTE TERMINAL SEM DNR

Apesar dos vários estudos evidenciarem a participação do enfermeiro na tomada de DNR, isso ainda não é evidente na prática e os médicos continuam responsáveis pela decisão final. No entanto quando ocorre uma PCR, a sua detenção é quase sempre feita pelos enfermeiros, tendo estes oportunidade de influenciar o curso dos acontecimentos. Perante um doente sem estatuto de DNR os enfermeiros ainda podem optar por atrasar ou não iniciar a RCR, quando estes a consideram um procedimento fútil. Durante uma reanimação, quando o tempo é crítico, tal ação (ou inação) transfere essencialmente a decisão de não reanimar do médico para o enfermeiro.<sup>18,19</sup>

O atraso no início da reanimação não só é considerado prática razoável, mas aparentemente é praticado por alguns enfermeiros. Este fenómeno pode ser resultado de decisões não consensuais sobre a DNR, tendo esta consequências na prática.

Vários estudos indicam que mesmo quando as decisões não são consensuais mas que todos os elementos da equipa participaram, estas tendem em ser aceites, no entanto decisões não consensuais, tomadas unilateralmente pelo médico, são propensas a envolver conflitos na equipa levando a que surjam não conformidades.<sup>17,18,19</sup>

Este “descumprimento” por parte de alguns enfermeiros merece atenção especial, dado que a escolha de não tentar reanimar não é uma decisão clínica simples, tendo consequências imediatas que levantam preocupações éticas e legais. Além disso, a não conformidade dentro da equipa de saúde pode suscitar conflitos ao nível da equipa, bem como a nível individual, e pode levar à disfunção a longo prazo e até mesmo a *burnout*.<sup>21,21,33</sup>

No entanto o que acontece na maioria das situações é que são os próprios enfermeiros que ativam as equipas de emergência interna para doentes em PCR em fim de vida. Apesar de dão concordarem com esta situação, como na maioria dos hospitais não existem protocolos e os profissionais desconhecem a legislação frente a esta tomada de decisão, os profissionais sentem-se desamparados e adotam esta posição de forma a salvaguardarem-se.

Estas situações extremas deveriam ser mitigadas, visto que a decisão atempada e partilhada da DNR poderia evitar a angústia da decisão no momento da PCR.<sup>17</sup>

## DOENTES COM DNR E A FUTILIDADE TERAPÊUTICA

Na perspetiva da enfermagem a DNR é encarada como o cessar da prática da obstinação terapêutica, no entanto nem sempre esta situação se verifica, visto que mesmo após a DNR medidas terapêuticas desproporcionadas continuam a ser aplicadas ao doente em final de vida.

Tal situação reafirma a dificuldade que, na prática, se sente em determinar o que sejam medidas desproporcionadas, fúteis ou extraordinárias para um doente e a propensão natural que existe em tudo fazer pela manutenção de sua vida, ao invés de deixar a doença seguir seu curso natural.<sup>17,21,33</sup>

A futilidade médica é um conceito que até hoje desafia definição de consenso, porém, ela permanece um problema e os enfermeiros sentem-no com mais frequência do que os seus homólogos médicos. Os enfermeiros sentem que em muitos casos a futilidade terapêutica é uma opção agressiva sendo vista como cruel e desumana, não sendo esta aplicada no melhor interesse dos doentes e não preservando a integridade moral dos cuidados de saúde, especialmente referente ao cuidado em fim-de-vida.<sup>18,19</sup>

## CONCLUSÕES

Seria de prever que com o nosso alto grau de emancipação, os avanços científico-tecnológicos e antropológicos estivéssemos mais preparados para o inevitável acontecimento que é a morte. Contudo, as mudanças na sociedade e na família, apenas

mudaram a nossa forma de conviver com a morte e o morrer, ocorrendo a dessocialização da morte.

O medo persistiu e a par dele a nossa impreparação, quer para a morte do próprio como a morte do outro. Nós profissionais sentimos muitas vezes a incapacidade em lidar com a morte, tomada pela medicina como um “fracasso” da ciência, onde se busca uma incessante vitória sobre as causas da morte, conduziu-nos inevitavelmente à fuga do fim.

A RCR sem perspectiva de cura não é indicada, podendo ser fútil ou cruel, pois prolonga a vida sem perspectivas de recuperação.<sup>31</sup> O direito à vida não envolve um dever de vida artificial a qualquer custo. Suspender um tratamento ou não iniciá-lo não é encurtar o tempo de vida, é deixar de prolongar em dias ou horas uma existência sem benefício para o indivíduo.

É nesse contexto que a decisão de não reanimar deve ser reapreciada, envolvendo todos aqueles que efetivamente cuidam do doente e não exclusivamente o médico, sendo espectável que o enfermeiro integre em pleno a equipa multidisciplinar, assumindo a responsabilidade das suas decisões, juntamente com o doente e família, respeitando a sua vontade e poder de decisão.<sup>15,19,21</sup>

Discussões sobre este tema complexo devem ser levantadas e encorajadas institucionalmente de forma a expandir conhecimentos sobre os múltiplos fatores intervenientes no momento da tomada de decisão e evitar abordagens terapêuticas fúteis ou inúteis. Quando é possível conhecer as situações antecipadamente, há vantagem em que toda a equipa conheça a existência de instruções de não reanimação, devendo ser comunicada de forma escrita, no processo clínico do doente, em impresso próprio com indicação de limitações terapêuticas sendo estas reavaliadas diariamente.

A formação, o trabalho em equipa, a otimização da comunicação e a integração nos hospitais de protocolos devem constituir estratégias a implementar no sentido de colmatar as dificuldades sentidas. É também de grande importância a união dos cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade com o doente e seus familiares, proporcionando assim o alívio do sofrimento ocasionado pela doença.<sup>31</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, G (2009) - Direitos Humanos em Fim de Vida: Decisão de Não Reanimar. Coimbra: [s. n.]. Tese de Pós-graduação em Direitos Humanos, apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
2. Araújo S, Araújo R. (2001) - Ordem para não ressuscitar. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Tempo de vida e tempo de morte. Lisboa: Conselho de Ministros.
3. Ardagh M. (2000) Futility has no utility in resuscitation medicine. *J Med Ethics*.
4. Barnett T, Aurora K. (2008) - Physician beliefs and practices regarding end of life care in India. *Indian J Crit Care Med*.
5. Baskett F, Steen A, Bossaert L. (2005) - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*; 67S1:S171-S180.
6. Bergman B, Kuhnel L, McNitt D, Myers S. (2008) - Uncovering Beliefs and Barriers: Staff Attitudes Related to Advance Directives. *Am J Hosp Palliat Care*.
7. Bleck P (2006) - Prognostication and management of patients who are comatose after cardiac arrest. *Neurology*; 67:556
8. British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and Royal College of Nursing (2007) - Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. A joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing.
9. Cabral A, MELO K. (2004) - Ordem de não reanimar: participação do enfermeiro. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56, Gramado/RS. Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser. Brasília/DF: ABEn.
10. Cardoso A, Ricou M. (2009) - Comunicação médico-paciente na transição para cuidados paliativos: um estudo exploratório da realidade portuguesa. In: Nunes R, Rego G, Duarte I, coordenadores. Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética.
11. Clarke D. (2001) - *Review Manager (RevMan). Version 4.1*. Oxford, England: The Cochrane Collaboration. Disponível em <http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/handbook.htm>
12. Cooper S, Evans C. (2003) - Resuscitation predictor scoring scale for in hospital cardiac arrests. *Emerg Med J*. 20;6-9.
13. Cummins O, Ornato P, Thies H, Pepe E. (1991) Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival” concept: a statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 83:1832-47.
14. Direção Geral da Saúde (2010) – Circular Normativa n.º 15 de 22 de junho de 2010.

15. Downar J, Luk T, Sibbald R, Santini T, Mikhael J, Berman H, Hawryluck L. (2010) - Why Do Patients Agree to a “Do Not Resuscitate” or “Full Code” Order? Perspectives of Medical Inpatients. *J Gen Intern Med* 26(6):582-7.
16. Figueiredo, et al. (2010) - *Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas*. São Caetano do Sul, SP:Yendis.
17. França D, Rego G, Nunes R. (2010) Ordem de não reanimar o doente terminal: Dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista de Bioética*. Vol. 18, n.º 2.
18. Ganz F, Kaufman N, Israel S, Einav S. (2012) - Resuscitation and Critical Care, Resuscitation in general medical wards: who decides? *Journal of Clinical Nursing*, volume 22, Issue 5-6, pages 848–855.
19. Gendt C, Bilsen J, Stichele R, Noortgate N, Lambert M, Deliens L. (2007) - Nurses’ involvement in ‘do not resuscitate’ decisions on acute elder care wards *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 404–409.
20. Gomes S. (2006). *Cómo dar las malas noticias en Medicina*, Arán Ediciones. 3ªEdição. Setembro.
21. Imhof L, Imhof R, Janisch C, Kesselring A, Zenklusen R. (2011) - Do not attempt resuscitation: the importance of consensual decisions *Swiss Med Wkly*, 141:w13157.
22. Layson T, McConnell T. (1996) - Must consent always be obtained for a do-not-resuscitate order? *Arch Intern Med*.
23. Leal, F. (2003) Transmissão de más notícias [Consultado a 11 de dezembro de 2015]. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9903&path%5B%5D=9641> URL:
24. Madl C, Holzer M. (2004) Brain function after resuscitation from cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care*; 10:213-217.
25. Magalhães L, Guimas A, Ferreira S, Ribeiro R, Paiva P. (2009) - O momento da morte no internamento de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Publicação trimestral vol.16 nº 4.
26. *Manual de cuidados paliativos* (2009). Rio de Janeiro: Diagraphic. ISBN 978-85-89718-27-1
27. Mayor J. (2012) – *Decisão de não Reanimar*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
28. McMurray J, Clarke W, Barrasso A, Clohan B, Epps H, Glasson J, et al. (1992) - Decisions near the end of life. *JAMA*.
29. Melo M. (2005) – *A Comunicação com o Doente*. 1ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-86-2

30. Mendes A, Carvalho F, Dias C, Granja C. (2009). Paragem cardíaca intra-hospitalar: Factores associados à decisão de não reanimar. O impacto da emergência intra-hospitalar organizada. *Revista Portuguesa de Cardiologia*; 28 (2):131-141.
31. Nogueira E, Santos T, Monteiro T. (2015) - Aspectos Éticos e Legais da Ordem de Não Ressuscitar – Percepção do Enfermeiro. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, Aracaju, V.3, N.3, p. 39 – 48.
32. Nunes R. (2008) *Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais*. Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Associação Portuguesa de Bioética.
33. Oliveira E. (2013) - Participação do enfermeiro no Processo de decisão de não reanimação da pessoa em estado terminal. Tese de mestrado, Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, rcaap.openAccess.10451.10155.
34. Pacheco S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
35. Pithan, H. (2004) *A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não ressuscitação” hospitalares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
36. Reisfield M, Wallace K, Munsell F, Webb J, Alvarez R, Wilson R. (2006) - Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis.
37. Santana, B. et al. (2009) - Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. *Centro Universitário São Camilo*, v.3, n.1, 2009. P.77-86.
38. Santos L. (2005) - O doente terminal é pessoa com direitos e deveres: a defesa e a promoção da vida. Disponível: <http://amcp.com.sapo.pt/revista/setembro2005.pdf>. Acedido a 8 de novembro de 2015.
39. Sapeta P, Lopes M. (2007) – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Referência. II Série*, n.º 4
40. Sapeta, P. (2011) - *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interacção Enfermeiro-Doente*. 1ª Edição. Loures: Lusociência
41. Siddiqui F, Holley L. (2011) - Residents Practices and Perceptions About Do Not Resuscitate Orders and Pronouncing Death: An Opportunity for Clinical Training.
42. Trincadeiro, T. H. et al. (2010) - Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Cienc Cuid Saude*. V.9, n.4, out/dez.. P.721-727.
43. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
44. Urban A, Bardoe S, Silva M (2003) - Ordens de não reanimação. In: Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter.
45. Van M, Löfmark R, Deliens L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, van der Heide(2006) A. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med*; 34:1686-1690.

46. Varon J, Marik E. (2007) - Cardiopulmonary resuscitation in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*.
47. Vos R, Koster W, Haan J, Oosting H, Van A, Lampe J (1999) In-hospital cardiopulmonary resuscitation: prearrest morbidity and outcome. *Arch Intern Med*. 159:845-850.
48. Zandbergen G, Haan J, Reitsma B, Hijdra A. (2003) Survival and recovery of consciousness in anoxic-ischemic coma after cardiopulmonary resuscitation. *Intensive Care Med*; 29:1911-15.

## APÊNDICE I

### Análise PICOD Descritivo dos Artigos Selecionados

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 1		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Why Do Patients Agree to a “Do Not Resuscitate” or “Full Code” Order? Perspectives of Medical Inpatients</i>		O estudo pretendeu conhecer melhor as perspectivas dos doentes relativamente à escolha de DNR e <i>full code</i> (FC).	- Das 44 entrevistas, 27 pessoas optaram por DNR e 17 por FC; - Este estudo identificou diferenças importantes e semelhanças entre as perspectivas de doentes com DNR e FC.
<b>Autores</b>	Downar J, Luk T, Sibbald R, Santini T, Mikhae J, Berman H, Hawryluck L.		
<b>Referência</b>	J Gen Intern Med 26 (6):582-7	Foram realizadas 44 entrevistas	- Os diagnósticos de admissão e comorbidades foram muito semelhantes entre os dois grupos, apesar de haver uma grande diferença na média de idades (DNR – 76 anos e FC – 57 anos);
<b>Ano/ País</b>	2010 / Canadá	semiestruturadas num período de 4 meses (julho-agosto de 2006 e março-abril de 2009)	- Os doentes que optaram pela DNR relataram maior familiaridade com o assunto e adotam uma atitude mais positiva do que doentes com FC. Os primeiros geralmente envolvem a família nesta decisão, enquanto os doentes com FC decidem sozinhos;
<b>Participantes</b>	Doentes internados que solicitaram uma DNR (27) ou código completo ( <i>full code</i> ) (17).	a doentes internados num serviço de medicina interna que solicitaram uma DNR ou código completo (full code) após uma discussão com a equipa.	- Os participantes tomaram a sua decisão com base em três considerações: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores pessoais que refletem estilo de vida ou estado de saúde;</li> <li>• Fatores relacionais: quer a família ou a sociedade como um todo;</li> <li>• Fatores filosóficos: que refletem o que eles sentiram ser "apropriado".</li> </ul>
<b>Desenho do Estudo</b>	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada/ Versão modificada de <i>Grounded Theory</i> .		<b>Conclusões:</b> - Os dois grupos compreendem a reanimação de forma diferente: os doentes com DNR caracterizam a reanimação de forma concreta, enfatizando-a como um aumento do sofrimento e futilidade, e a DNR em termos de conforto ou processos naturais. Os doentes com FC compreendem a reanimação num sentido abstrato como algo que restaura a vida. Muitos destes doentes associaram a DNR à eutanásia e ao suicídio assistido.
<b>Limitações</b>	-Deste estudo, foram excluídos os doentes, considerados pela equipa, emocionalmente incapazes de tolerar uma discussão sobre a temática. Com este critério de exclusão, podem ter sido eliminados doentes que ficaram incomodados ou irritados quando a equipa analisou com eles este assunto, perdendo-se possivelmente perspectivas importantes em situações de conflito. -Não foram entrevistados substitutos legais, cujas perspectivas e decisões podem ser diferentes dos doentes. - Os resultados não podem ser generalizados, uma vez que só foram estudados doentes que falam Inglês e que se sentiram à vontade para discutir esta questão.		- Ambos os doentes com FC e DNR enfatizaram a importância de honestidade, clareza e sensibilidade quando se discute esta questão.
<b>Comparações</b>	Diferentes expectativas dos doentes que optaram pela DNR ou pelo FC.		

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 2	INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<p><i>RESUSCITATION AND CRITICAL CARE</i> <i>Resuscitation in general medical wards: who decides?</i></p>	<p>O estudo investigou o fenómeno da não iniciação intencional da reanimação em casos considerados fúteis por parte dos enfermeiros, tendo em conta as características, experiências e atitudes destes profissionais perante uma reanimação.</p>	<p>-Com base na resposta dos enfermeiros à questão de iniciar versus não-iniciar uma reanimação fútil, os participantes foram divididos em dois grupos: O grupo de estudo incluiu os enfermeiros que responderam que não iniciaram reanimações fúteis (n = 19), enquanto o grupo controlo incluiu enfermeiros que responderam que dariam início a reanimações fúteis (n = 98).</p>
<b>Autores</b>	Ganz F, Kaufman N, Israel S, Einav S.	<p>- Os enfermeiros são muitas vezes excluídos do processo de tomada de decisão de não reanimar, apesar de seu desejo de ser parte integrante;</p> <p>- Alguns enfermeiros optam por atrasar/evitar o início de uma reanimação, como um método de não confrontação, para o doente não ser reanimado. Desta forma é transferindo essencialmente a decisão final de reanimar do médico para o enfermeiro.</p>
<b>Referência</b>	Journal of Clinical Nursing, <a href="#">volume 22, Issue 5-6</a> , pages 848–855	<p><b>Conclusões:</b></p> <p>-As decisões antecipadas e o envolvimento dos enfermeiros nessas decisões devem ser altamente incentivados;</p> <p>- Aos enfermeiros devem ser fornecidas plataformas legais para expressar o seu julgamento profissional sobre reanimação;</p> <p>- A DNR deve ser uma diretiva antecipada de vontade e como tal o seu anúncio deve ser semelhante ao de um consentimento informado.</p>
<b>Ano/ País</b>	2012 / Jerusalém	
<b>Participantes</b>	117 Enfermeiros, de cinco serviços de Medicina Interna em dois Hospitais de Jerusalém.	
<b>Desenho do Estudo</b>	Quantitativo Correlacional/ Análise bivariada.	
<b>Limitações</b>	<p>- Os resultados não podem ser generalizados devido à amostra ser baixa e pelo fato dos enfermeiros apenas serem do serviço de medicina;</p> <p>- Viés de seleção: Pode ter ocorrido através da participação dos enfermeiros nas reuniões de equipa e durante o preenchimento do questionário;</p> <p>- Viés da comunicação: Este estudo não foi uma pesquisa da prática real, mas sim um autorrelato da prática.</p>	
<b>Comparações</b>	Comparado o grupo de estudo (enfermeiros que responderam que não iniciaram reanimações fúteis) com o grupo controlo (enfermeiros que iniciaram reanimações fúteis).	

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 3		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Paragem Cardíaca Intra-hospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada</i>		O estudo procurou conhecer a incidência e identificar fatores que se associam à decisão de não reanimar nos doentes internados no Hospital Pedro Hispano que sofreram paragem cardiorrespiratória (PCR).	Foram registadas 649 ativações das EEMI (equipa de emergência médica). Destas, 277 foram referentes a PCR intra-hospitalar. Em 91 destes doentes a RCR não foi iniciada ou foi suspensa. Vinte e dois destes doentes (24%) tinham DNR escrito no processo, em 18 (20%) a RCR não foi iniciada por ser considerada inútil, 4 doentes foram encontrados mortos e nos restantes 47 (52%) a RCR foi suspensa pela EEMI pela mesma razão;
<b>Autores</b>	Mendes A, Carvalho F, Dias C, Granja C.		
<b>Referência</b>	Revista Portuguesa de Cardiologia 2009; 28 (2):131-141		
<b>Ano/ País</b>	2009 /Portugal		
<b>Participantes</b>	277 Doentes em enfermarias de adultos (com idade superior a 15 anos) em que a EEMI foi ativada por PCR.	Foram analisados os registos das ativações da EEMI no período de janeiro de 2002 a agosto de 2006.	<b>Conclusões:</b> A idade mais avançada, a neoplasia maligna e a ausência de qualquer medida em curso foram os fatores associados com a decisão de não reanimar.
<b>Desenho do Estudo</b>	Quantitativo Retrospetivo com recurso à análise dos registos das ativações da EEMI.		
<b>Limitações</b>	Muitos registos incompletos e baixo número de registos de comorbilidades.		
<b>Comparações</b>	Entre o grupo de doentes nos quais foi iniciada ou mantida a RCR com o grupo de doentes nos quais foi suspensa ou não iniciada a RCR.		

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 4		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros</i>		Este trabalho teve como finalidade conhecer os dilemas éticos dos enfermeiros perante a DNR, bem como caracterizar o processo de tomada de decisão.	- A DNR é frequentemente tomada de forma unilateral, pelo médico assistente do doente (43,3%), e quando este se encontra em fase terminal (184 respostas), fase esta que se define mediante a confirmação científica de um estado irreversível da doença;
<b>Autores</b>	França D, Rego G, Nunes R.		
<b>Referência</b>	Revista Bioética 2010; 18 (2): 469 - 81		
<b>Ano/ País</b>	2010/ Portugal		
<b>Participantes</b>	Enfermeiros (n =231) de dois centros de Oncologia do Norte e Sul que exercessem funções no internamento (Medicina, Cirurgia e Cuidados Continuados).	Como instrumento de colheita de dados, foi aplicado um questionário.	- Os enfermeiros consideram que a sua opinião deve ser levada em consideração na tomada de decisão (92,6%); - O registo da DNR é efetuado maioritariamente no processo clínico (85,3%), não sendo posteriormente reavaliada (65,4%);
<b>Desenho do Estudo</b>	Exploratório-descritivo de nível I / Questionário		-Após a DNR são aplicadas medidas desproporcionadas ao doente em quase a totalidade dos casos, especificando-se especialmente a antibioterapia e as técnicas invasivas (92,2%);
<b>Limitações</b>	Não referidas		- Perante uma PCR num doente que não tinha DNR, a maioria dos enfermeiros (74,9%) indicou que contactava o médico de urgência/permanência, e 36 inquiridos (15,6%) responderam que não reanimariam o doente.
<b>Comparações</b>	Não realizadas		<b>Conclusões:</b> -Necessidade de formação dos profissionais de saúde relativamente aos cuidados a prestar ao doente na fase terminal da vida, implementando boas práticas no que se refere à suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados. - Padronizar as DNR para que qualquer doente tenha direito a usufruir do mesmo tipo de cuidados e de boas práticas, independentemente da instituição onde é acolhido. - Necessidade de definir normas de orientação, para que médicos, enfermeiros e outros profissionais tenham clara noção do referencial de atuação ética em doentes terminais.

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 5		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>O momento da morte no internamento de Medicina Interna</i>		Este estudo pretendeu avaliar o estado atual das circunstâncias no momento da morte em Medicina Interna.	-Em 291 doentes (72,2%) foram identificados sinais de alarme nas 6 horas que antecederam a PCR; -Os médicos foram alertados em 133 desses casos e as suas atitudes foram: reversão em 76 doentes, alívio em 67, nenhuma em 60 e DNR em 40;
<b>Autores</b>	Magalhães L, Guimas A, Ferreira S, Ribeiro R, Paiva P.		-Em 348 doentes (86,4%) havia indicação de DNR, registada em 92,0% dos casos. Foi tentada a em 2 doentes (0,5%) com DNR explícito e 1 (0,2%) com DNR implícito. Em 35 doentes (8,7%) não foi tentada a RCR, apesar de não constar no processo indicação de DNR.
<b>Referência</b>	Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Publicação trimestral vol.16 nº 4	Foram revistos os processos clínicos de todos os doentes falecidos desde 1 de Janeiro de 2003 até 31 de Dezembro de 2005.	- 86,4% Dos doentes internados em Medicina Interna que acabaram por falecer existia DNR. No estudo anterior, essa percentagem era de 30,5%.
<b>Ano/ País</b>	2009 / Portugal		<b>Conclusões:</b>
<b>Participantes</b>	403 Doentes falecidos num serviço de Medicina Interna	Foram analisados retrospectivamente a data/hora da morte, a presença de sinais de alarme nas 6 horas prévias, quem reconheceu esses sinais, que atitudes foram tomadas e a presença de indicação de DNR (explícita ou implícita).	- A correlação entre a realização de manobras de RCR e a ausência de DNR está em franca melhoria: neste estudo a percentagem de doentes sem DNR que não receberam RCR foi 8,7%, contra 86,7% no estudo anterior.
<b>Desenho do Estudo</b>	Quantitativo Retrospetivo		- A DNR estava registada na maioria dos doentes. A percentagem baixa de doentes com indicação para manobras de RCR é um indicador da complexidade dos doentes.
<b>Limitações</b>	Não referidas		-Este estudo reforça a necessidade de intervenção no reconhecimento, avaliação e decisão do doente em peri-paragem.
<b>Comparações</b>	Comparado os dados do estudo atual com os dados recolhidos num estudo semelhante, realizado há 10 anos no mesmo hospital.		- A generalização da DNR pode ser o reflexo de uma maior consciencialização desta realidade por parte da classe médica. Pode também traduzir uma crescente noção da extrema importância assumida pela presença efetiva daquela decisão no processo clínico do doente encontrado em PCR, de modo a que a DNR não tenha de ser ponderada apenas no momento da paragem por um médico que não conhece o doente, ou pelo enfermeiro de turno.

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 6		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Aspetos éticos e legais da ordem de não ressuscitar – Percepção do enfermeiro</i>			
<b>Autores</b>	Nogueira E, Santos T, Monteiro T.	<p>O estudo pretendeu identificar a percepção do enfermeiro que atua num serviço de oncologia, sobre os aspetos éticos e legais diante da DNR.</p> <p>Para colheita de dados e informações, foi aplicado um questionário, contendo perguntas fechadas a enfermeiros que trabalham em Oncologia.</p>	<p>- Os enfermeiros afirmam que a conduta a ser tomada diante uma paragem cardiorrespiratória é utilizar todos os recursos possíveis para a reanimação (60%). No entanto, se o quadro clínico do doente for terminal, 40% dos enfermeiros executariam as manobras de reanimação e 60% não executariam;</p> <p>- Ao serem questionados sobre de quem é a opção por não reanimar o doente em caso de PCR, 70% responderam ser dos médicos e 30% dos médicos e familiares destes doentes. Nenhum deles respondeu que a opção seria do enfermeiro ou do doente.</p> <p>- 60% Dos enfermeiros afirmaram que a DNR é registrada em prontuário e 40% referiram que é dada verbalmente.</p> <p>- Este estudo deixou claro que não existem protocolos frente a esta tomada de decisão, deixando os profissionais desamparados pela legislação.</p>
<b>Referência</b>	Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente, Aracaju, V.3, N.3, p. 39 – 48. Junho 2015		
<b>Ano/ País</b>	2015 /Brasil		
<b>Participantes</b>	10 Enfermeiros que trabalham em Oncologia		
<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo Quantitativo/ Questionário/ Análise descritiva.		
<b>Limitações</b>	Não referidas		
<b>Comparações</b>	Não realizadas		

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 7		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Participação do enfermeiro no Processo de decisão de não reanimação da pessoa em estado terminal</i>		Este estudo teve como objetivo compreender a dinâmica da decisão de DNR, descrevendo a participação e os dilemas dos enfermeiros neste processo e perceber a perspectiva da equipa de saúde sobre a importância desta colaboração.	- O momento de decisão de não reanimar deve ocorrer na fase terminal da doença (96,9%, n=31) e não na fase agónica; - A decisão deve ser da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar (93,8%, n=30) incluindo a participação do doente/família, respeitando a sua vontade; - O enfermeiro deve participar no processo de decisão (91,4%), intervindo na reavaliação da DNR (90,7%, n=29) contribuindo para a melhoria no cuidado ao doente. - A DNR deve ser partilhada e comunicada de forma escrita (100%) preferencialmente em impresso próprio com indicação de limitações terapêuticas constantes no processo clínico do doente.
<b>Autores</b>	Oliveira E.		
<b>Referência</b>	Tese de mestrado, Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa		
<b>Ano/ País</b>	2013/ Portugal		
<b>Participantes</b>	54 Médicos e 86 Enfermeiros Peritos, dos serviços de Medicina Interna	Para tal, foi realizado um inquérito a médicos e enfermeiros considerados peritos, que trabalham no serviço de Medicina Interna.	- O enfermeiro deve participar no processo de decisão (91,4%), intervindo na reavaliação da DNR (90,7%, n=29) contribuindo para a melhoria no cuidado ao doente.
<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo de investigação exploratório/ Questionários /Técnica Delphi, pretendendo o consenso dos peritos inquiridos.		- A DNR deve ser partilhada e comunicada de forma escrita (100%) preferencialmente em impresso próprio com indicação de limitações terapêuticas constantes no processo clínico do doente.
<b>Limitações</b>	Não referidas		-Deverá ocorrer reavaliação da DNR de forma a evitar que estas sejam inapropriadas (96,9%, n=31). - Mesmo após a DNR continuam a ser mantidas medidas terapêuticas desproporcionadas (97,1%, n=34).
<b>Comparações</b>	Não realizadas		<b>Conclusões:</b> - Apesar de existirem múltiplos fatores que influenciam a tomada de decisão, devem ser respeitados os princípios bioéticos, discutidos na equipa de forma a expandir o conhecimento e evitar abordagens terapêuticas fúteis ou inúteis almejando um fim de vida digno. É relevada a necessidade da criação de novos espaços de reflexão acerca desta temática (87,5%, n=28).

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 8		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards</i>			
<b>Autores</b>	Gendt C, Bilsen J, Stichele R, Noortgate N, Lambert M, Deliens L.	<p>O objetivo do estudo foi determinar o grau de participação dos enfermeiros na tomada de DNR em serviços de agudos e a sua adesão a essas decisões em caso de PCR.</p> <p>Foi aplicado um questionário a 81 chefes de enfermagem de serviços de agudos, onde estes foram questionados sobre as atitudes da sua equipa de enfermagem.</p>	<p>-Segundo os chefes de enfermagem, os enfermeiros são muitas vezes, mas nem sempre consultados sobre decisões de não reanimar (45%). No entanto, o estatuto DNR de um doente é sempre comunicado à equipa de enfermagem, principalmente por escrito (86%).</p> <p>Quando os enfermeiros tomam a decisão de renunciar à RCR estas estão na sua maioria de acordo com o estado do doente "DNR", no entanto essa decisão também ocorre em doentes sem esse <i>status</i>.</p> <p><b>Conclusões:</b> Tomar DNR apropriadas e evitar a tomada de decisões fúteis no caso de um PCR, só será possível através da implementação de diretrizes institucionais que reconheçam o importante papel dos enfermeiros nas decisões de fim de vida.</p>
<b>Referência</b>	Journal of Advanced Nursing 57 (4), 404 – 409		
<b>Ano/ País</b>	2007 / Bélgica		
<b>Participantes</b>	81 Enfermeiros Chefes de Serviços de Agudos		
<b>Desenho do Estudo</b>	Quantitativo Retrospectivo /Questionários		
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os membros da equipa de enfermagem não foram diretamente questionados sobre o seu envolvimento nas DNR ou sobre a sua ação perante uma PCR.</li> <li>- O questionário não contemplava a justificação do não envolvimento dos enfermeiros no processo de tomada de decisão da última DNR.</li> </ul>		
<b>Comparações</b>	Não realizadas		

TÍTULO DO ARTIGO Artigo 9		INTERVENÇÕES	OUTCOMES/RESULTADOS
<i>Do not attempt resuscitation: the importance of consensual decisions</i>		O objetivo deste estudo foi explorar as preferências, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros no que diz respeito à DNR, de forma a identificar quais os fatores que influenciam o processo de tomada de decisões, os padrões de decisão e para compreender as consequências dessas decisões no trabalho diário.	Decisões implícitas a favor de RCR predominaram no início da hospitalização; dependendo do contexto, elas eram substituídas por decisões explícitas de DNR. As descrições pelos participantes mostraram que as DNR são o produto de três fases de decisão distinta: 1) a fase da decisão implícita, 2) a fase de decisão explícita, e 3) a fase de reconsiderar decisões.
<b>Autores</b>	Imhof L, Imhof R, Janisch C, Kesselring A, Zenklusen R.		
<b>Referência</b>	Swiss Med Wkly. 2011;141:w13157		
<b>Ano/ País</b>	2011 / Suíça		
<b>Participantes</b>	40 Médicos e 52 Enfermeiros voluntários de Serviços de Agudos		
<b>Desenho do Estudo</b>	Qualitativo / <i>Grounded Theory</i> / Entrevistas		
<b>Limitações</b>	Estudo envolveu médicos e enfermeiros de alguns serviços de internamento (Medicinas, Cirurgias, Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos) e limitou o estudo às zonas da Suíça onde a língua falada fosse o alemão. O estudo pode, portanto, ter falta de diversidade estrutural e cultural.	Foram realizadas entrevistas abertas a 40 médicos e 52 enfermeiros voluntários que exercem funções em serviços de internamento de agudos em sete hospitais diferentes na Suíça de língua alemã.	<u>Fase 1:</u> é regulada por regras institucionais, geralmente representando ordens institucionais a favor da RCR e raramente adaptada à situação específica do doente. RCR é sempre realizada. Nesta fase o foco está nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Informação pertinente sobre a situação pessoal do doente e suas/seus desejos e preferências não está disponível, e/ou não foi considerado ser importante nesse momento. <u>Fase 2:</u> Tipicamente começa quando a condição do doente leva os profissionais de saúde a questionar a decisão implícita. São geralmente os enfermeiros que iniciam esta fase, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipa, do doente e sua família. É geralmente nesta fase que surgem constrangimentos. <u>Fase 3:</u> Quando o doente não tem DNR e os enfermeiros não concordam com essa decisão, perante uma PCR estes profissionais descrevem essa situação como estressante para todos os envolvidos tendo efeitos disfuncionais a longo prazo sobre as equipas.
<b>Comparações</b>	De forma a relacionar categorias e as suas dimensões, os dados foram analisados pela de forma a explorar semelhanças e diferenças usando comparação constante e mapeamento da situação.		<b>Conclusões:</b> A tomada de decisão não consensual é a principal causa de não cumprimento da RCR pelos enfermeiros. Este descumprimento merece atenção especial, dado que a escolha não tentar RCR é uma decisão clínica simples com consequências imediatas que levantam ética e legais preocupações. Este estudo enfatiza a coexistência de decisões implícitas e explícitas,

---

bem como as consequências dessas decisões. Isso mostra que alcançar decisões consensuais é crucial e que as decisões não consensuais abrem portas para contra decisões individuais que podem pôr em perigo a integridade profissional e as necessidades dos doentes. RCR /DNR tomadas de decisão requerem habilidades sociais e profunda perícia médica e de enfermagem. Daí a liderança por médicos e enfermeiros seniores experientes seja necessário. Para melhorar o processo de tomada de DNR exige um grande esforço em favor da educação multidisciplinar.

---