

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

FERNANDA LOPES SANTOS

**ASPECTOS BIOÉTICOS NA ORDEM DE NÃO REANIMAÇÃO: UMA
ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS MÉDICOS**

CURITIBA

2019

ASPECTOS BIOÉTICOS NA ORDEM DE NÃO REANIMAÇÃO: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS MÉDICOS

FERNANDA LOPES SANTOS

Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUC – Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira

CURITIBA

2019

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB – 9/1118

Santos, Fernanda Lopes
S237a Aspectos bioéticos na ordem de não reanimação : uma análise da
2019 percepção e conhecimento dos médicos / Fernanda Lopes Santos ; orientador:
José Eduardo de Siqueira. – 2019.
79 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2019
Bibliografia: f. 66-75

1. Bioética. 2. Assistência terminal. 3. Ética médica. 4. Doente terminal.
I. Siqueira, José Eduardo de. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PUCPR

GRUPO MARISTA

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Bioética - Stricto Sensu

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 16/2019
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às catorze horas do dia trinta de julho do ano de dois mil e dezenove, na sala 2 do Mestrado, 2º andar, bloco 3, da Escola Ciências da Vida, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação "**Aspectos bioéticos da Ordem de Não-Reanimação: uma análise de percepção e conhecimento de médicos**" apresentada pela aluna **Fernanda Lopes dos Santos** sob orientação do **Professor Doutor José Eduardo de Siqueira** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor José Eduardo de Siqueira
Presidente

Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Úrsula Bueno do Prado Guirro
Membro externo (UFPR)

Início: 14:15 Término 15:40

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado Reprovado. (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: **Fernanda Lopes dos Santos** *Fernanda Lopes dos Santos*

Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedicatória

“Dedico todo o esforço que depositei neste trabalho a minha avó, Maria José (*in memoriam*), que foi um grande exemplo de caráter, dignidade e benevolência”.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Dr. José Eduardo de Siqueira, pelos ensinamentos, pela ética e humanidade, por sua dedicação em propagar a bioética e os seus conhecimentos, visando sempre o benefício do paciente. Muito obrigada!

Aos meus pais, pela educação, ensinamentos e valores. Que diversas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.

À minha irmã, pelo exemplo de caráter e perseverança. Por ter me ensinado que podemos passar por momentos difíceis com um sorriso no rosto. Por ter me ensinado o significado do Amor Incondicional com meus sobrinhos Pedro e Manuela.

Ao Fabio, meu companheiro de todas horas, por ter entendido minha ausência e pelo apoio em todos os momentos. Obrigada por dirigir horas, para que eu pudesse chegar descansada nas aulas e aproveitá-las ao máximo. Por estar ao meu lado sempre.

À Honpar, por ter permitido a realização do estudo.

Aos colegas médicos que participaram do estudo, por seu tempo despendido, disposição e disponibilidade.

Aos colegas do Serviço de Anestesiologia do Honpar, pelo incentivo e por entenderem minha ausência.

Aos alunos da turma do Mestrado, principalmente Adélia, Marta, Shirley e Aline, pelo coleguismo, troca de conhecimento e esclarecimentos de dúvidas.

Aos professores, por todo conhecimento e auxílio, em especial ao professor Thiago, por toda compreensão e ajuda.

*“É necessário cuidar da ética para não anestesiar a nossa consciência
e começarmos a achar que tudo é normal.”*

Mario Sergio Cortella

RESUMO

O assunto morte ainda é considerado um tabu quando a discussão se dá nos cursos de graduação de medicina, isso porque, culturalmente, falar de terminalidade de vida ainda é difícil e sempre gera discussão. Entretanto, esse assunto deve ser abordado, pois, o profissional deve estar preparado para lidar com situações como, por exemplo, a implantação da Ordem de Não-Reanimação (ONR) em pacientes em estado terminal. Diante disso, o objetivo desse trabalho é verificar a percepção de médicos sobre a ONR. Para a realização desse estudo foi realizado um questionário com os médicos de um hospital do Paraná. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. Os resultados mostraram que os médicos são a favor da implementação da ONR em paciente com quadro clínico terminal, desde que o paciente e seus familiares compreendam o que está se passando e o porquê dessa tomada de decisão e estejam de acordo. Eles acreditam que essa é uma opção justa e ética para não prolongar a vida de um paciente no qual seu quadro clínico é irreversível. Os resultados do estudo ainda permitiram concluir que é preciso que a implementação da ONR seja legalizada definitivamente para que os médicos possam atuar sem o receio de processos judiciais, já que a sua tomada de decisão terá respaldo legal. Além disso, é preciso que o tema “terminalidade da vida” seja abordado com mais frequência e de maneira diferenciada nos cursos de graduação em medicina, pois, os profissionais apontaram dificuldade no início de sua carreira devido à falta de prática para lidar com o assunto. Finalmente, é necessária a implantação de uma legislação mais ampla para atender as reais necessidades do paciente terminal visando sempre oferecer melhor qualidade de vida nesse momento.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência terminal. Ordem de Não-Reanimação. ONR. Ética Médica. Paciente terminal. Bioética. Estado terminal.

ABSTRACT

The subject of death is still considered a taboo when the discussion takes place in medical graduation courses, because, culturally speaking, terminality of life is still difficult and always generates discussion. However, this issue must be addressed since the professional should be prepared to deal with situations such as the implantation of the Non-Resuscitation Order (ONR) in terminally ill patients. Therefore, the objective of this study is to verify the perception of doctors about the ONR. For the accomplishment of this study a questionnaire was carried out with the doctors of a hospital of Paraná. The project was approved by the Ethics Committee. The results showed that physicians are in favor of implementing ONR in patients with a terminal clinical condition, provided that the patient and his / her relatives understand what is happening and why this decision is taken and are in agreement. They believe that this is a fair and ethical option not to extend the life of a patient in whom their clinical picture is irreversible. The results of the study also allowed us to conclude that it is necessary that the implementation of the ONR be definitively legalized so that physicians can act without the fear of legal proceedings, since their decision-making will have legal support. In addition, the topic "termination of life" needs to be addressed more frequently and differently in undergraduate courses in medicine, as practitioners have noted difficulty at the beginning of their careers because of the lack of practice to deal with the subject. Finally, it is necessary to implement a broader legislation to meet the real needs of the terminal patient, always aiming to provide a better quality of life at that moment.

KEYWORDS: Terminal care. Order of Non-Resuscitation. ONR. Medical Ethics. Terminal patient. Bioethics. Critical illness. Terminally ill.

LISTA DE SIGLAS

AMA	Associação Médica Americana
CFM	Conselho Federal de Medicina
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
EUA	Estados Unidos da América
EVP	Estado Vegetativo Persistente
HONPAR	Hospital Norte do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME	Morte Encefálica
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONR	Ordem de Não Reanimação
ONU	Organização das Nações Unidas
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: - Evolução dos critérios para o diagnóstico de Morte Encefálica em adultos.....	17
Tabela 2: Participantes da entrevista.....	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. METODOLOGIA	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Critério para inclusão de participantes	29
3.3 Análise de dados	30
3.4 Aspectos éticos	31
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO I	75
ANEXO II	76
ANEXO III	78

1. INTRODUÇÃO

A morte é ainda um tabu na sociedade ocidental. Historicamente, nas diferentes obras de arte, passou a ser representada por um esqueleto coberto por um manto monástico e uma foice na mão. É dessa forma fantástica que ela surge no romance de José Saramago – *As Intermitências da Morte* – iniciada pelo excerto “no dia seguinte ninguém morreu”. Em um pequeno país, a morte – magoada – suspendeu suas atividades frente à ingratidão dos humanos.

A nação “embandeirada” comemora a imortalidade, depois de milênios de sujeição à “indesejada das gentes”; no entanto, em pouco tempo, apresentam-se sérios problemas: hospitais lotados de doentes agonizantes, idosos decrepitos sem esperanças de descanso para si e para suas famílias, vítimas de graves acidentes que não morriam (SARAMAGO, 2005).

Os homens sabem que a sua morte é inexorável. No entanto, tomam-na como uma realidade longínqua, sem data marcada, como algo de vago que talvez só aconteça aos outros. Por outro lado, a morte aterroriza-nos e, geralmente, não a desejamos. Na realidade, sempre houve o desejo de imortalidade e sempre houve sistemas que ajudaram as pessoas a conviver com a sua finitude.

O mais importante desses sistemas é a religião, que não podendo prometer a vida eterna na Terra a promete noutro lugar, eventualmente melhor. Outro, muito mais restrito, exceto em certos períodos históricos particulares, é o proporcionado pelas entidades oficiais que condecoram os seus heróis, os que arriscaram a vida e muitas vezes a perderam ao seu serviço e homenageiam outros indivíduos que de qualquer modo se distinguiram: “Aqueles que por obras valorosas se vão da lei da morte libertando...” (GONÇALVES, 2006).

Rinaldi (1996) relata que desde o tempo paleolítico (período da pedra lascada), o homem já começa a esboçar diferentes atitudes diante de um cadáver e de outros objetos, numa tentativa de, ao ritualizá-la, domesticar a morte. Outros exemplos culturais em relação à morte são vistos no ocidente, onde se enterrava os mortos/doentes antes que exalasses os últimos suspiros, como ocorreu com os leprosos que eram considerados socialmente mortos.

Antigamente, a morte ideal era previsível, provocada por doenças prenunciadas. O moribundo recebia visitas em seu leito, era cercado pela família e manifestava seus últimos desejos. Sentindo a morte próxima, tomava suas providências (alguns até sobre seu próprio funeral). Nesse mundo familiarizado com a morte, acreditava-se que os mortos dormiam e o leito era o lugar da morte (BURKE, 1999).

Portanto, nesse período, as pessoas morriam em seus lares, cercadas pela família, incluindo crianças, amigos e vizinhos. O doente sabia que estava próximo do fim e realizava suas despedidas, distribuía sua herança e oferecia conselhos, de modo a partir com suas questões pessoais resolvidas. Atualmente, a morte perdeu seu caráter público, deixando o cenário domiciliar e o amparo da família, passando para o monopólio médico no âmbito do hospital geral (ARIÈS, 1981).

A morte como ocorrência comum era encarada com naturalidade, como fazendo parte da vida. Não era, porém, banalizada. A morte era um acontecimento sério que não devia ser considerado de um modo superficial, um acontecimento temível, mas não temível ao ponto de fazer com que as pessoas o afastassem, fugissem dele, procedessem como se não existisse ou falsificassem as suas aparências.

Até à primeira guerra mundial, no Ocidente de cultura latina, a morte de alguém era um período solene. Os parentes, os amigos e os vizinhos estavam presentes durante os atos fúnebres e durante o período de luto que se lhe seguia. Depois as visitas iam-se espaçando progressivamente até a vida voltar ao normal, continuando apenas as visitas periódicas ao cemitério.

A casa onde a morte ocorrera era identificada com um aviso de luto afixado à porta e, houve mesmo um tempo em que o corpo, ou o caixão, era exposto à porta da casa (CHERNY, 1994). A morte era, assim, um acontecimento social e público que envolvia a comunidade.

A reorganização do hospital como instituição não se originou das evoluções das técnicas médicas, pois a medicina e o hospital eram independentes até meados do século XVIII. A prática médica era individualista. O médico assistia o doente na sua casa, em uma atuação expectante e pouco intervencionista sobre a doença.

Após as transformações sociais, originadas na política econômica, houve o surgimento das disciplinas – entendidas como o exercício de poder, inscritas, sobretudo, nas delimitações do espaço e do tempo – na qual os indivíduos não mais se agrupavam, mas eram ordenados nas instituições (famílias, escolas, exército, hospitais e prisões). E, a fim de manter essa ordem, era necessário o registro contínuo, exercendo vigilância sobre os indivíduos, a qual permite julgá-los, classificá-los, medi-los e localizá-los e, assim, utilizá-los ao máximo (FOUCAULT, 1979, citado por LIMA, 2013).

A mudança que tirou a morte do espaço público começou a acontecer no século XIX devido transformações sociais e avanços da medicina. Philippe Áries, historiador francês e um dos maiores estudiosos sobre o comportamento humano perante a morte, neste sentido alega: “Avanços em matéria de conforto, privacidade e higiene pessoal tornaram as pessoas mais sensíveis. Nossos sentimentos não toleram mais as visões e os cheiros que até o século XIX eram parte do cotidiano, juntamente com o sofrimento e a doença. No decorrer do século XX, a morte silenciosa” (OYAMA, 1999).

A notificação a respeito da terminalidade da vida de uma paciente terminal foi sempre considerada uma tarefa desagradável, não desejada, mas indispensável. Contudo, a partir da segunda metade do século XIX esse processo passou a tornar-se mais difícil para as pessoas, pois, começou a surgir a ideia da necessidade de proteger o paciente do conhecimento de que o seu fim estava próximo. Desde então, passa-se a considerar que o doente não necessita de ser advertido porque já sabe, portanto, prefere-se manter a “ilusão”.

Os sinais que possam alertar o paciente são dissimulados. O padre passa a administrar a extrema-unção sobretudo quando o doente já está morto ou se está inconsciente e, a partir do Concílio Vaticano II, a extrema-unção passou a chamar-se sacramento dos doentes (CHERNY, 1994). Com a dissimulação retira-se ao moribundo o controle da situação e o direito de revelar as suas últimas vontades e disposições, passando os familiares a controlar a situação com a cumplicidade dos médicos.

O doente é isolado, não podendo frequentemente satisfazer a sua necessidade de informação sobre a sua situação nem revelar os seus pensamentos e sentimentos. As decisões são tomadas sem consultar o doente. É o paternalismo (GONÇALVES, 2006).

Nos dias de hoje, a morte já não tem o mesmo carácter público, a não ser no caso das figuras públicas. Os sinais públicos relacionados com a morte deixaram de ser exibidos e procura-se que a morte passe o mais despercebida possível. Esta mudança na atitude perante a morte ocorreu muito rapidamente, em paralelo com muitas outras alterações ocorridas durante o século XX. Philippe Ariès chama a esta atitude de “a morte invertida”, como se esta atitude fosse o negativo da atitude tradicional (CHERNY, 1994).

De acordo com Ariès (2003) o interdito da morte no século XX solidariza-se com a modernidade, seguida pela industrialização e urbanização. Desse contexto, decorrem três fenómenos: a ocultação da morte, a qual se tenta ‘banir’ das vistas da sociedade; a transferência da morte para o hospital, onde ela deveria ficar escondida; e, por último, a extinção do luto.

Atualmente, deve-se morrer escondido, ocultando-se até do próprio moribundo a chegada da sua morte, a qual, agora, passa para o domínio das equipas hospitalares, medicalizada e pactuada por familiares e sociedade na chamada conspiração do silêncio (KOVÁCS, 2003).

O indivíduo é privado da sua liberdade, vontade e consciência sobre seus derradeiros momentos, pois acredita que é em nome de seu benefício que todos agem. E quanto ao luto? Deve ser sentido individualmente, somente na intimidade, não transparecendo socialmente as emoções, a fim de não haver perturbação dos demais no que possa lembrar a própria morte (ARIÈS, 2003).

Historicamente a morte súbita foi entendida como um acontecimento irreversível. A partir de então a sociedade começou a considerar a possibilidade de haver manobras efetivas que fosse capaz de retroceder, reanimar e reviver o homem após estado de morte. Em meados dos anos 60, as manobras de ressuscitação passaram a se tornar comprovação científica potente, bem como a prática clínica diária a “beira do leito” (GUIMARÃES *et al.*, 2009).

Ainda em 1960, através da observação feita por Kouwenhoven; Jude; Knickerbocker de que a compressão sobre o terço inferior do esterno, feita adequadamente, fornecia uma circulação artificial suficiente para manter a vida em animais e seres humanos com parada cardíaca. Posteriormente estudos indicaram a necessidade de associação da massagem cardíaca externa com a respiração artificial para a técnica de reanimação cardiopulmonar (GUIMARÃES, 2015).

A morte encefálica (ME), na natureza, segue imediatamente a morte cardiopulmonar. O desenvolvimento do pulmão de aço por Drinker e Shaw na década de 1930, em Boston, e sua aplicação por Lassen e Ibsen, na década de 1950, em Copenhague (KIND, 2009), permitiu artificialmente interromper de maneira transitória o processo dinâmico que envolve perda de função do tronco cerebral, parada respiratória e sequente parada cardíaca.

A instalação do respirador artificial, principalmente em pacientes com traumatismo craniano grave ou hemorragia subaracnóidea (WIJDICKS, 2008), quer por comprometimento da consciência, quer com objetivo de anestesia para tratamento cirúrgico emergencial, antes que a hipertensão intracraniana pelo edema cerebral do trauma ou secundária à isquemia relacionada com o vaso espasmo lesione irreversivelmente o tronco cerebral, previne a parada respiratória e retarda a morte cardiopulmonar.

O uso de drogas vasoativas e o controle metabólico artificial substituem outras funções vegetativas do encéfalo e completam as medidas que sustentam algumas funções vitais do corpo em ME.

Em 5 de agosto de 1968, a revista *Journal of the American Medical Association*, publicou um artigo de autoria desse Committee reconhecendo o critério da morte cerebral, passando-se do conceito de morte fundado no coração ao fundado no cérebro. De acordo com o relatório de Harvard, a morte cerebral, ao contrário do coma, é a expressão clínica de um dano encefálico total e irreparável, irreversível e definitivo.

O indivíduo em morte encefálica não tem personalidade nem memória, e não pode sentir fome, sede ou emoções; ele também não consegue respirar nem manter a temperatura corporal sem auxílio de máquinas. As células mortas começam a

decompor-se e as enzimas liberadas em razão disso agridem e destroem as outras, iniciando assim um processo inexorável (CFM, 2017).

O Royal College of Medicine da Grã-Bretanha introduziu, em 1976, o teste da apneia (especificidade de 99,9%) com a tentativa de padronizar e especificar alguns dos critérios já utilizados desde 1968 e introduziu a opção de se utilizarem outros exames complementares além do eletroencefalograma.

O conceito de que a lesão completa do tronco cerebral era incompatível com a vida foi determinado nessa revisão. A presença de reflexos medulares não foi considerada inviabilizadora do diagnóstico de morte encefálica (Conference of Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, 1976) (Tabela 1).

Tabela 1: - Evolução dos critérios para o diagnóstico de Morte Encefálica em adultos.

Evolução dos critérios de ME – adultos - 1968 a 1997				
Critério	Harvard 68	Royal College 76	AAN 95	CFM – Brasil 97
Pré-Requisitos	-	Causa coma conhecida -	Causa coma conhecida e documentada TC/RM/LCR Irreversível	Causa coma conhecida e documentada TC/RM/LCR Irreversível
	Tax > 32°C	Tax > 35 °C	Tax > 32°C	Tax > 32°C
	Ausência de drogas	Ausência de drogas	Ausência de drogas intoxicação e alt. metabólica	Ausência de drogas (24/48hs) intoxicação e alt. metabólica
Bases Clínicas do diagnóstico	Coma sem resposta	Coma sem resposta	Coma sem resposta a estímulo na face	Coma sem resposta a estímulo na face
	Apneia de 3min	Um Teste da apneia PCO ₂ >60mmHg	Um Teste da apneia PCO ₂ >60mmHg ou ↑ 20mmHg	Dois testes da apneia PCO ₂ > 55 mmHg
	Ausência de Reflexos do Tronco Encefálico			
Mesencéfalo	Pupilas fixas e dilatadas	Pupilas fixas e dilatadas	Pupilas médias ou dilatadas (4 a 9mm) fixas	Pupilas médias ou dilatadas (4 a 9mm) fixas
Ponte	Corneano	Corneano e óculo cefálico	Corneano, vestibulo calórico, óculo cefálico	Corneano, vestibulo calórico, óculo cefálico
Bulbo	Vômito	Tosse	Tosse	Tosse
Movimentos Espontâneos	Ausência	Ausência	Aceita	Aceita
Reflexos Medulares	Ausência	Aceita	Aceita	Aceita
Exame Complementar	Obrigatório	Não necessário	Não obrigatório	Obrigatório
	EEG	-	Artério, TCD, EEG, Cintilografia, SPECT Extração O ₂	Artério, TCD, EEG, Cintilografia, SPECT, PIC, Extração O ₂
Intervalo entre exames	Dois exames - 24hs	Três exames - 6hs	Dois exames - 6hs	Dois exames - 6hs
Nº de médicos	Um médico	Três médicos	Um médico	Dois médicos
Respaldo legal	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: MORATO (2009).

No Brasil, O CFM atualizou, através da resolução nº 2.173/17, os critérios para a definição de ME. A atual resolução estabelece que os procedimentos para a determinação da morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que

apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra espinhal e apneia persistente (CFM, 2017).

Hoje, a morte ocorre com muita frequência em hospitais, tendo perdido o carácter social que tinha anteriormente. A morte é reduzida a uma ocorrência causada por doenças sendo por isso medicalizada. É, no entanto, uma ocorrência desconfortável para os médicos modernos que muitas vezes a consideram um fracasso de sua atuação profissional.

Por isso, o que rodeia a morte é, frequentemente, tratado de modo defensivo no contato dos médicos com os familiares e com os outros médicos do serviço hospitalar, sendo em alguns casos as situações discutidas em reuniões, que têm uma intenção pedagógica, onde se procuram possíveis erros que possam ter justificado essas mortes. Usam-se com frequência meios de diagnóstico e tratamentos agressivos em situações obviamente irreversíveis em que a morte ocorreria naturalmente como o desfecho mais apropriado.

A morte, assim considerada, amputa este processo de outras dimensões como a espiritual e social e o do significado pessoal, familiar e social que a morte tem como marco importante da vida (GONÇALVES, 2006).

A morte, no século XXI, tornou-se ainda mais capturada pelo avanço das biotecnologias, acentuando-se seu significado, para a medicina, de que representa um genuíno fracasso, devendo ser vencida pelo médico (ente no qual a sociedade deposita a obrigação de curar e salvar). Este, diante de uma doença terminal, muitas vezes propõe medidas terapêuticas pertencentes ao “arsenal da medicina”: técnicas, equipamentos e unidades de tratamento intensivo com objetivo único de preservar a viabilidade biológica. Acrescente-se a isto o temor pelas sanções legais e o dever de tomar decisões acerca do final da vida de seus pacientes, uma vez que assim foi treinado, segundo a tradição das escolas médicas contemporâneas e da deontologia (SIQUEIRA-BATISTA, 2004).

Na idade média rezava-se a Ladainha dos Santos (*Litaniae Sanctorum*) “de uma morte repentina e imprevista, livrai-nos, Senhor” (*a subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine*). Pretendia-se ter tempo para a preparação para a morte, o que seria impedido por uma morte súbita e imprevista. Ao contrário, atualmente, o desejo da maioria das pessoas é morrer subitamente, de preferência durante o

sono, para que não tenha de viver a situação de sofrimento e do medo que a morte eventualmente implica (RANDALL, 1996).

Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva. Eis um quadro bem comum na fase de grande maturidade da vida (PESSINI; BERTACHINI, 2006; ONU, 2012).

Os avanços na área da medicina a partir de meados do século XX foram inúmeros. E, com isso, a esperança de vida vem aumentando desde então. Nos Estados Unidos, por exemplo, essa passou de 54 anos em 1920 para 77,3 anos em 2002; já no Reino Unido, entre 1981 e 2011, houve um aumento médio de 4,8 anos na expectativa de vida (GALRIÇA NETO, 2010).

De acordo com as estimativas oficiais brasileiras, a esperança de vida ao nascer da população brasileira experimentou um ganho de 2,6 anos, ao passar de 66,0 anos, em 1991, para 68,6 anos, em 2000 (IBGE, 2016). Em 2017, a expectativa de vida passou para 76 anos. Há uma inversão da pirâmide populacional: o subgrupo de idade entre 80 e 89 anos é o que mais cresce na sociedade moderna (WILSON; CABE-WILLIANS, 2009).

Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década. Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica, de fato, ao paciente e seu entorno, que adoece e sofre junto – familiares, cuidadores e a equipe de saúde (MATSU-MOTO, 2012).

Os Cuidados Paliativos têm sua origem no movimento *hospice*, sistematizado por Cicely Saunders e colaboradores, o qual representa e difunde a filosofia do cuidar em contrário à visão centralizada no ato de curar.

Cicely Saunders é responsável pela fundação do St. Christopher's Hospice em 1967, ambiente que permitiu a criação de um campo de cuidado, estudos e pesquisas na análise das experiências dolorosas de mais de mil pacientes, tratando-os com recursos farmacológicos eficazes juntamente com apoio sociopsicológico e espiritual (PESSINI, 2007), resultando em aumento da qualidade de vida no processo de terminalidade. A essência do que significa a filosofia dos Cuidados Paliativos pode ser compreendida por uma das frases célebres de Saunders:

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte (CICELY SAUNDERS, apud PESSINI, 2007).

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (MACIEL, 2008).

Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP) inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, comandada pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel. O programa, no entanto, existe desde 2000. Outro serviço pioneiro em cuidados paliativos é o do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, comandado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto, que foi inaugurado em junho de 2004, com início do projeto em 2001 (INSTITUTO PALIAR, 2019).

A primeira tentativa de congregação dos paliativistas brasileiros aconteceu com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), pela psicóloga Ana Geórgia de Melo, em 1997. Esta associação foi fundada por um grupo de profissionais que já realizam ações paliativas, no intuito de divulgar a filosofia do cuidado, agregar os serviços e aprimorar os conhecimentos da temática, seja no âmbito da internação, ambulatorial e/ou domiciliar que já existiam no Brasil (ANCP, 2014).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi fundada em 2005 por um grupo de médicos. Com a ANCP, avançou a regularização profissional, estabeleceram-se critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos, realizaram-se definições precisas do que é e o que não é Cuidados Paliativos e levou-se a discussão para o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) (INSTITUTO PALIAR, 2019).

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental. Em 2011, o Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) consolidou o Grupo de Cuidados Paliativos, liderados pelo Dr. Ricardo Tavares de Carvalho (INSTITUTO PALIAR, 2019).

Em 2010, a Medicina Paliativa foi reconhecida como área de atuação médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB). O primeiro exame, por proficiência, foi realizado em julho de 2011. Em outubro de 2012, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos se tornou parceira oficial do World Hospice and Palliative Care Day (Dia Mundial de Cuidados Paliativos) que é celebrado todos os anos. Em 2012, a entidade lançou a segunda edição do Manual de Cuidados Paliativos ANCP (ANCP, 2014).

Em 2013, foram oferecidas as primeiras vagas para residência em Medicina Paliativa no Brasil. Os serviços pioneiros foram o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), o Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP/PE) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS) (INSTITUTO PALIAR, 2019).

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade dos Cuidados Paliativos e do controle da dor para os problemas de saúde apresentados pela população brasileira. Para tanto, publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, possibilitando maiores discussões acerca da temática e da capacitação dos profissionais.

Também revê posturas adequadas aos cuidados dos pacientes com doenças crônico-degenerativas ou em fase terminal de vida. Em âmbito nacional, vários estudos e iniciativas alertam a importância dos Cuidados Paliativos em todos os níveis de atenção à saúde (BOEMER, 2009).

A filosofia dos Cuidados Paliativos, é integrar a morte na vida e se contrapõe a obstinação terapêutica e ao culto idolátrico dos aspectos biológicos. Não pretende apressar nem adiar a morte, busca o alívio da dor e outros sintomas, integrando os aspectos sociais e psicológicos do cuidado.

Assim como oferece estratégias aos pacientes para que vivam ativamente até a morte, na proximidade da família e oferecendo apoio para com que esta lida com a doença e com o luto (PESSINI, 2007).

O paciente ainda pode optar por manifestar sua vontade para o tratamento médico, são as chamadas diretivas antecipadas de vontade (DAV), do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro.

O testamento vital tem origem nos Estados Unidos da América (EUA), precisamente em 1969, quando Luis Kutner propôs a adoção do *living will*, conhecido no Brasil como testamento vital – documento que serviria para proteger o direito individual a permitir a morte (DADALTO, 2015).

Em outras palavras, o testamento vital proposto por Kutner partia do princípio de que o paciente tem o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades, conhecido atualmente como estado vegetativo persistente (EVP) (DADALTO, 2013).

No Brasil, segundo a Resolução do CFM nº 1.995/2012 artigo 2º:

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

Em países com tradição jurídica semelhante ao Brasil, como a Espanha, a DAV pode ser pública ou privada. A primeira modalidade admite duas formas de

registro: a) em um cartório, por meio de escritura pública, sem a presença de testemunhas; b) diante de um funcionário à serviço da Administração, designado pelo Conselho de Saúde.

Na segunda, o documento deve ser assinado por três testemunhas, capazes, sendo que destas, duas não podem ter relação de parentesco e nem vínculo jurídico preestabelecido com o outorgante. Ressalte-se que a justificativa para a segunda possibilidade é “evitar ter que recorrer a terceiros, como testemunhas ou notários, para um ato que se situa na esfera de autonomia pessoal e da intimidade das pessoas”¹.

Em *Sobre a morte e o morrer*, de Elizabeth Kubler-Ross, de 1981, a autora mostra os entraves e as soluções para a melhor abordagem junto a pacientes em estado terminal. O livro traz uma reflexão não só sobre pacientes terminais, mas sobre adultos, crianças saudáveis e seus familiares em outras situações críticas, tais como diante da perda inesperada dos entes queridos, por desaparecimento, acidente, assassinato ou suicídio.

Naquele final de século XX, a autora já discutia a transição do modelo de assistência em saúde estritamente hospitalar e biomédico para o modelo domiciliar ou de *hospices*. Reforçava a importância do tratamento holístico e discutia a relutância das equipes em administrar todos os recursos possíveis para aliviar as insuportáveis dores físicas e emocionais dos doentes.

Dizia que a regra de ouro nesse novo modelo de atendimento era levar em conta a opinião dos pacientes sem julgá-los, mas ajudando-os a fazer suas escolhas. Ressaltava também que os membros da família precisam ser tão cuidados e orientados quanto o próprio paciente, para que se evite seu adoecimento emocional ao longo de todo o processo, do diagnóstico ao tratamento e no evento final.

¹ La posibilidad de hacerlo ante el funcionario del registro o ante personal de la administración, sometidos por otra parte a la salvaguarda de la confidencialidad de los datos, aseguraría tal como dice la legislación andaluza, evitar el tener que recurrir a terceros, como son los testigos o fedatarios públicos para un acto que se sitúa en la esfera de autonomía personal y la intimidad de las personas. SÁNCHEZ, Cristina López. Testamento vital y voluntad del paciente: conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Madrid: Dykinson, 2003, p. 37.

Diante de uma doença incurável em fase avançada, como um câncer metastático, qual deve ser a atitude do médico? As preocupações de pessoas nessa situação envolvem uma resignificação dos relacionamentos, a vontade de não sofrer e a possibilidade de resolução de pendências.

Beauchamp e Childress (2002) explicam que a bioética consolidou sua força teórica, ao propor quatro princípios norteadores da atuação do profissional de saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Por outro lado, salienta Pellegrino (2000), que a ética hoje aplicada é vista em termos de conciliação de valores ou a encontrar o que possa ser uma decisão confortável. Mas sentimentos e valores não são normas e não carregam o peso moral de uma norma. Refletem crenças subjetivas e sobre eles não se pode argumentar. Paralelamente, as normas têm certo grau de objetividade e são fundamentadas em alguma concepção de verdade, do que é bom, correto ou errado. Mas não são autojustificáveis, ou seja, podemos argumentar acerca das normas. Assim, para o autor, reduzir o conflito moral a um conflito de valores é fazer da ética uma troca de opiniões.

David Thomasma (1978) preparou um programa de ética clínica na Universidade do Tennessee, no Memphis, e seu método para a adoção de decisões de índole ética era similar aos utilizados para tomar decisões médicas. O método inicial foi sendo modificado nos anos seguintes, mas basicamente é composto por seis etapas: 1. Descrever todos os dados médicos do caso. 2. Descrever os valores (metas, interesses) de todas as partes envolvidas no caso: médicos, pacientes, membros da equipe. 3. Indicar qual o principal conflito de valores. 4. Determinar as possíveis medidas que poderiam proteger o maior número possível de valores no caso. 5. Escolher uma forma de atuar. 6. Defender a decisão tomada.

Para Diego Gracia (1991), o objetivo principal de todos os métodos propostos em bioética é articular as dimensões técnicas e éticas do ato médico.

A problemática acerca do fim da vida, que envolve sobretudo a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, implica dilemas éticos e impasses de natureza jurídica, fazendo com que não só os profissionais de saúde, mas também os estudiosos de diversas áreas, e até mesmo o público leigo,

reflitam de forma crítica a respeito da conduta ética e juridicamente mais adequada ante a terminalidade da vida humana (MESQUITA, 2008).

A Ordem de Não-Reanimação (ONR) consiste na deliberação de não realizar tentativa de reanimação cardiopulmonar de pacientes em fase terminal de vida, em perda irreversível de consciência ou que possam apresentar parada cardíaca não tratável (BEAUCHAMP, 2002). A ONR faz parte do Código de Ética Médica da Associação Americana (AMA) desde 1992.

Estas são efetuadas através de suporte científico, usando principalmente uma estrutura ética. Cada situação é avaliada particularmente com vista o prognóstico. A escolha de não reanimar é amplamente aceita em todos os centros que se apoiam nos princípios da medicina paliativa (NICOLA, 2003).

A decisão de ressuscitar deve ser dicotômica (do tipo sim ou não) e imediata. Manobras inadequadas e ações lentas ou tardias para mostrar à família ou equipe que tudo foi feito não são justificáveis clínica ou eticamente (SCHIMIDT, 2006).

Existem, porém, outros tratamentos frequentemente usados em doentes em fase curativa e que nos levantam dúvidas quando aplicados a um doente em fase terminal com ONR. Não por terem ONR, mas por todo o contexto que estas ordens envolvem. Ou seja, um doente só possui ONR quando claramente se identifica o estado irreversível da sua doença. Temos de encarar a ONR não como uma situação isolada, mas enquadrada no contexto que a envolve e que faz com que esta tenha sentido (NICOLA, 2003).

Por outro lado, os médicos não são obrigados a realizá-las nas situações já definidas. Para consenso, a equipe médica pode adotar critérios de certeza do diagnóstico; conduta padronizada da comunidade científica em casos semelhantes; legalidade da conduta proposta; respeito à autonomia do médico assistente; desejo do paciente ou representante; norma da instituição de saúde; sentimento emanado da equipe de saúde e expectativa da sociedade, especialmente da comunidade à qual pertence o paciente (SCHIMIDT, 2006).

Quando existirem dilemas éticos na manutenção do suporte avançado de vida ou em casos em que a parada é uma possibilidade já prevista, podem ainda ser consultados os Comitês de Bioética, se disponíveis (SCHIMIDT, 2006).

Na Europa, entre 50 e 60% dos pacientes que foram a óbito de maneira não súbita em hospitais de países como Holanda, Suíça, Dinamarca e Suécia declararam decisão individual de não reanimação (VAN DELDEN, 2006).

Contudo, o panorama mundial relativo à conduta dos profissionais não é uniforme, devido ao fator cultural diferenciado e a falta de consenso e diretrizes globais (SANTONOCITO, 2013).

No cenário brasileiro, a discussão ética despontou sobretudo nas últimas duas décadas e foi recentemente impulsionada por ações do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012) que estimulam debate a respeito da terminalidade da vida. Essas iniciativas se evidenciam principalmente pela publicação das resoluções CFM 1.805/20066 e 1.995/20127, que tratam, respectivamente, da limitação terapêutica de pacientes em fase terminal e das diretivas antecipadas de vontade (testamento vital).

Em saúde pública, a recusa de tratamento é parte integrante da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, emitida pelo Ministério da Saúde. A ONR se apresenta como complemento do testamento vital para situação específica em que o paciente se manifesta pela não reanimação em caso de parada cardiorrespiratória (BRASIL, 2012).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a compreensão dos médicos sobre os fatores que influenciam a tomada de decisão de uma ONR, identificar a percepção e conhecimento sobre o assunto, assim como avaliar suas atitudes perante o doente com ONR.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a opinião de médicos de um Hospital do Paraná quanto a Ordem de Não-Reanimação (ONR);
- Analisar as questões bioéticas por trás das respostas obtidas durante a pesquisa;
- Evidenciar a necessidade de discussão sobre ONR nas faculdades e hospitais.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão bibliográfica, a partir da questão: Quais os conflitos éticos enfrentados pelos profissionais médicos frente a ONR? Foi adotado neste estudo uma metodologia de revisão bibliográfica a fim de descobrir o conhecimento através do tema nos últimos 10 anos, assim como, a aplicação de um questionário voltado ao profissional médico, com o objetivo de identificar os conflitos éticos.

As seleções dos estudos foram investigadas pelas seguintes bases de dados eletrônicas: Scielo, Pubmed e BDTD no período de 2007 a 2017, com o descritor “Diretivas antecipadas e ordem de não reanimação”. Além disso, foi realizado uma busca manual nas referências dos artigos incluídos, bem como análise de citações destes estudos utilizando o Google Acadêmico.

Numa primeira consulta levantou-se o total de 36 publicações, variando entre artigos, resumos de livros, teses e dissertações. O tema “DA e ONR” apareceu correlacionado a diversos subtemas e abordado por diversas perspectivas, sendo encontrado pesquisas na área de saúde, humanas e bioética uma complexidade de temas que se expandem ao tratar do referido tema.

Diante desta reflexão temática, foram aplicados como critérios de exclusão os artigos que não apresentavam os textos completos; artigos duplicados ou que apresentassem pesquisas similares de um mesmo autor, cuja mudança não alterasse a essência da pesquisa.

A partir destes critérios iniciou-se a leitura dos resumos dos artigos e conforme a necessidade do texto completo, a fim de verificar se o artigo abordava o tema delimitado. Além disso, foram considerados critérios de exclusão, estudos de revisão sistemática, estudos não revisados por pares, estudos não originais, artigos de opinião.

Após o termino da leitura dos artigos, foi elaborado um questionário com as principais questões levantadas sobre o tema (Anexo I).

O estudo foi então apresentado ao CEP, aonde fora obtido autorização sob parecer número 3.102.338 para início das pesquisas.

Foram excluídos os participantes que se recusaram a assinar o termo de consentimento.

Os profissionais participantes da pesquisa são oriundos de um hospital público da região do norte do Paraná.

Os médicos foram contatados pessoalmente no período de setembro a dezembro de 2018, e após obtenção do TCLE, iniciaram-se as entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, no próprio hospital, porém em ambientes calmos e aonde estivessem presentes somente o pesquisador e o entrevistado.

As entrevistas foram gravadas em forma de áudio, por um aplicativo de um smartphone, com duração aproximada de 30 minutos. As entrevistas foram conduzidas interativamente, acompanhado de esclarecimentos quando necessários. Os questionários individuais continham 08 questões subjetivas, sendo o tema se tratava diretamente da “ordem de não reanimação”, como decisão, opinião, conhecimento e posicionamento frente a conduta médica.

A transcrição das entrevistas foi realizada por um programa de computador, chamado Voice Note, com posterior correção manual do pesquisador. A análise foi feita ao longo do estudo para que o entrevistador percebesse a saturação dos dados.

3.2 Critério para inclusão de participantes

Para as entrevistas, foram utilizados como critérios de inclusão os profissionais de saúde de ambos os sexos, médicos, porém com diferentes especialidades. As especialidades escolhidas foram aquelas que possuem um maior contato com o paciente terminal, para abranger profissionais com maior experiência sobre o assunto. Foram escolhidos médicos emergencistas, anesthesiologistas, intensivistas e socorristas. A idade foi outro fator a ser levado em consideração, foram selecionados médicos de diferentes idades para garantir heterogeneidade e com diferentes tempos de formação, para garantir distinção na experiência profissional.

Tabela 2: Participantes da entrevista.

Nome	Gênero	Idade	Tempo formação
M1	feminino	53 anos	29 anos
M2	masculino	28 anos	04 anos
M3	masculino	31 anos	07 anos
M4	masculino	27 anos	01 ano
M5	masculino	37 anos	06 anos
M6	feminino	35 anos	10 anos
M7	feminino	56 anos	30 anos
M8	masculino	35 anos	08 anos
M9	masculino	39 anos	15 anos
M10	feminino	27 anos	02 anos
M11	feminino	45 anos	18 anos
M12	masculino	29 anos	05 anos
M13	masculino	39 anos	15 anos

Fonte: A autora (2019).

3.3 Análise de dados

Segundo Minayo (1998), uma pesquisa passa por três fases: a) fase exploratória, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; b) fase de coleta de dados, em que se recolhem informações que respondam ao problema; e c) fase de análise de dados, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados.

De posse das anotações dos diários de campo e da transcrição dos áudios, foi realizada a transcrição literal das entrevistas. Após a transcrição, foi feita a leitura das entrevistas e estabelecido o primeiro contato com os textos, na tentativa de apreensão dos sentidos que os sujeitos deixaram transparecer em suas falas.

Na segunda fase foi iniciada com a separação das ideias, frases e parágrafos que identifiquem as convergências e divergências dos participantes em relação à temática do encontro e do estudo.

Na terceira e última etapa, foi feita a organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas dos sujeitos, realizando releituras sucessivas e exaustivas dos textos, com o objetivo de delinear as primeiras ideias e selecionar as categorias que responderam às questões da pesquisa (COLLATTO, 2009).

Para esse estudo, foi realizada uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

3.4 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 466/12 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 3.102.338 (Anexo II) e no seu desenvolvimento foram observadas as orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador. O material coletado foi de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. No projeto da pesquisa e mesmo na escrita da dissertação, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. A pesquisa não oferecerá nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamentos aos mesmos.

4 RESULTADOS

A análise dos resultados das entrevistas foi feita utilizando o método de análise de conteúdo. Primeiramente foram realizadas as entrevistas pelo próprio pesquisador, corrigido as transcrições pelo mesmo e posteriormente uma leitura fluente com a exploração do material.

É importante destacar a dificuldade encontrada pelos entrevistados em falar e discorrer sobre o tema. Percebeu-se grande desconforto e falta de familiaridade sobre o tema dos entrevistados. Os profissionais de saúde, durante sua formação, são treinados para fazer todo o possível a fim de manter o paciente vivo. São ensinados a assegurar acesso integral à saúde e utilizar todos os recursos disponíveis para manutenção da vida.

A morte, mesmo que sendo a única chance de proporcionar alívio ao sofrimento do paciente, representa fracasso, ineficácia, responsabilidade e receio. Essa combinação de sentimentos faz com que alguns profissionais de saúde tenham dificuldades em lidar com o tema.

Qual sua opinião sobre a decisão de implementar a ONR na prática médica?

Ao serem questionados sobre a implementação da ONR na prática médica os entrevistados mostraram-se a favor, evidenciaram a necessidade de respeitar a autonomia de vontade dos pacientes.

“Eu acho essencial, visando a maior autonomia para decisão do paciente, onde o paciente tem o direito em decidir sobre o melhor tratamento dependendo do prognóstico.” (M2)

Destacaram ainda a importância não só da autonomia do paciente, mas também dos responsáveis legais e afetivos assim como a importância da individualização de cada paciente.

“Eu concordo, eu acho certo, é decisão do paciente e da família. ” (M4)

“Eu acho totalmente viável, desde que o relacionamento com a família seja bom, que os responsáveis legais e afetivos estejam presentes o tempo, acompanhando o caso, acho viável e totalmente poupadora de esforços” (M13)

“Bom na verdade, eu acho que isso é uma ação que tem que ser bem individualizada, dependendo do quadro clínico do paciente, se você que o paciente tem uma comorbidade irreversível e está num estágio terminal, que tá muito debilitado, eu acredito que isso seria válido, mas a partir do momento onde você vê que ainda tem uma chance de reabilitação desse paciente, de uma recuperação, eu acho que aí entra nos termos éticos, e não deveria ser aceito essa implementação.” (M7)

A implementação de uma linha condutora também foi citada por alguns médicos, pois os aspectos legais intimidam muitos profissionais que temem processos por omissão de socorro, por não existir uma lei clara sobre o assunto.

“Eu acho correto, se quiserem proteger o profissional, em casos de prognósticos preservados., ter um protocolo sobre o assunto.” (M1)

“Eu acho importante, ter um consenso. Eu acho bom para todo mundo seguir a mesma linha. Evitaria muito problema.” (M8)

Em quais circunstâncias clínicas você considera adequado a aplicação de ONR?

Quando questionados a respeito das circunstâncias clínicas em que uma ONR seria adequada todos os médicos concordaram que o determinante clínico que ampara a decisão de ONR seria em pacientes em estágios terminais.

“Pacientes terminais, pacientes que sofrem constantemente com dores crônicas, pacientes que tem já um diagnóstico fechado, de qualquer doença, onde as medidas paliativas não surgem mais o efeito que é esperado no paliativo, que é amenizar a dor, estes pacientes eles têm direito de decidir em um momento de piora clínica, e de uma parada a não sofrer reanimação para afim de não prolongar seu sofrimento.” (M1)

“Em casos que definitivamente os pacientes não tenham prognósticos. Somente” (M9)

Alguns médicos citaram a idade como um fator também determinante.

“Paciente extremamente idoso, é (...) aonde tem comorbidades severas, o qual a reanimação não trará benefícios, como por exemplo, hipertensão severa, cardiopatia, cardiomegalias.” (M3)

“Pacientes em estágio terminal, paciente com uma idade avançada né, que não tem, vamos dizer assim, mas qual a idade, os critérios são vastos... Eu acho que é uma avaliação global da situação, deve ser, não é simplesmente, vou reanimar porque o paciente teve uma parada vou entubar e vou fazer tudo, ah ou não vou reanimar porque a família não quer, ou vou reanimar, porque a família quer, eu acho que tem que ser conversado com a família, e se você optou por não reanimar é porque se esgotaram todos os métodos e possibilidades terapêuticas.” (M5)

Nesta questão, podemos observar novamente a preocupação quanto aos aspectos legais.

“Casos comprovadamente terminais e que já tenham sido feitos todos os esforços para tratamento da doença, doenças que tenham uma evolução totalmente documentada, e que não tenha nenhuma implicação legal, que tenha uma evolução bem definida.” (M6)

Em sua opinião pessoal, quais pessoas devem participar do processo de tomada de decisão em casos de pacientes portadores de doenças terminais?

Ao perguntar com relação ao processo de tomada de decisão e quais pessoas devem estar envolvidas nos casos de pacientes terminais, os entrevistados concordaram que o paciente seria o principal responsável pela tomada de decisão.

“O próprio paciente, se o paciente estiver completamente lúcido né, estiver em condições de realmente entender o que realmente está acontecendo com ele, deve ser soberano a decisão dele, em relação ao que pode ser feito com ele.” (M1)

“Se o paciente estiver lúcido, ele basta, desde que ele seja maior de idade e consciente né, assim, seja uma pessoa capaz mentalmente, se não os parentes mais próximos, os que convivem com ele.” (M4)

O médico juntamente com a família e equipe multidisciplinar também foram citados. Demonstrando a valorização da decisão de compartilhar a conduta com demais profissionais da equipe de saúde. Assim como a valorização da necessidade de diálogo e deliberação com os pacientes e familiares.

“Todos os pacientes, todos os envolvidos na equipe multidisciplinar, desde médicos, medico assistente, medico intervencionista, paliativista, enfermeiro, os

técnicos quando se tem um hospital com porte para tal, caso não, acho que o médico seria autoridade máxima junto a equipe. ” (M11)

“Eu acho que essa decisão ela é muito interdisciplinar, envolve o médico, o intensivista, o médico da família, psicólogos, enfermeiros, é importante também os pacientes em vida e com familiares, tomar decisão em conjunto. ” (M8)

A preocupação com as questões legais novamente é citada, enfatizando o medo dos profissionais relacionado ao tema.

“Além do paciente, eu acho que só o médico, porque juridicamente só a gente que vai responder, de tudo que acontece no hospital. ” (M2)

Em pacientes sob seus cuidados, considerando situações em que exista divergência de opiniões entre você/paciente e familiares sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados, como você conduz a tomada de decisões?

Foi interrogado sobre quando ocorre divergência de opiniões entre o médico/paciente e familiares sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados, e de que forma o médico conduz a tomada de decisão. A grande maioria concorda em dizer que nesse caso, solicitaria uma segunda opinião médica.

“Eu peço que a família procure uma segunda opinião, (...) então eu solicitaria ao paciente e o familiar a escutar uma segunda opinião pra depois saber qual seria a opinião verdadeira da família. ” (M10)

“Eu oriento a família pedir uma segunda ou até mesmo uma terceira opinião.” (M3)

“Se tivesse divergência entre familiar e paciente e a minha conduta, eu falaria pra eles procurarem uma segunda opinião, ou outro profissional. ” (M5)

Podemos ainda observar certa influência do paternalismo médico comum no passado.

“Primeiro tem que esclarecer a família né, sobre o quadro clínico do paciente, e ver se eles tem capacidade de discernir, o que é o certo o que é errado em relação ao caso, e eles estando bem orientados, na verdade eu acho que toda família bem

orientada, você consegue convencer eles do tratamento mais adequado, se você tá certo ali, você consegue convencer a família, do certo a se fazer. ” (M12)

“Se eu acho, que de acordo com os exames médicos, de acordo com exame clínicos, de acordo com a minha formação, minha experiência, na prática médica que o paciente não deve ser reanimado, que esgotaram se as possibilidades terapêuticas, se o paciente está na enfermaria, e eu acredito que não deve ser entubado, ou levar para UTI vou tentar mostrar isso pra família, explicar, a gente vai prolongar um sofrimento e não aumentar a expectativa de vida com o mínimo de qualidade de vida. Eu tento convencer a família que é melhor. ” (M13)

Novamente observamos receio as questões legais.

“Eu deixaria claro, qual a decisão que eu tomaria, explicaria todos os benefícios e malefícios que poderiam gerar dessa tomada de decisão, e se mesmo assim, eles não quisessem que eu tomasse isso, eu deixaria tudo muito bem escrito e, com eles tendo assinado tudo. ” (M6)

Para suas decisões clínicas que envolvam pacientes portadores de enfermidades terminais, você costuma levar em conta as Resoluções emitidas pelo CFM sobre o tema? Cite, por favor, uma situação de sua experiência pessoal em que isso se deu.

Sobre as Resoluções emitidas pelo CFM sobre o tema, os médicos demonstraram muito desconhecimento.

“Não, atualmente faz muito tempo que não leio sobre isso, tive aulas de ética, no último ano da faculdade, mas eu realmente não li mais sobre isso não. ” (M7)

“Não tenho a mínima ideia. ” (M13)

“Pra falar a verdade sinceramente não, nos últimos 3 anos se houve algum parecer do CFM, em relação a isso, estou desatualizado. ” (M2)

Ao serem questionados sobre alguma experiência pessoal sobre o assunto, e de que forma o caso foi conduzido, relatam a importância da deliberação com pacientes e familiares e novamente citam as questões legais.

“Na UTI casos bem reservados eu opto por não reanimar, converso com a família e descrevo no prontuário. ” (M9)

“Pacientes terminais. Câncer terminal em paciente muito idoso, e que a família assinou no prontuário e tudo, que a família não queria que investisse, caso houvesse uma parada cardiorrespiratória. Não houve divergência, a família foi de acordo.” (M10)

“Sempre, toda semana. Não sempre a mesma coisa, mas na grande maioria, das vezes a família entende, mas entende por que a gente conversa, explica a situação, né e... Principalmente da minha área, não é aquele negócio que o paciente com câncer vai morrer, e tem que morrer, só que assim, tem muitos casos avançados que você não vai conseguir promover, proporcionar um benefício, partir do momento que você não vai conseguir promover um benefício, proporcionar uma melhora na qualidade de vida, eu acredito que não deve ser prolongado o sofrimento, e a família e o próprio paciente acabam entendendo isso.” (M13)

Qual sua opinião sobre redução de esforços terapêuticos e diretivas antecipadas de vontade do paciente?

Com relação a redução de esforços terapêuticos e diretivas antecipadas de vontade do paciente, as opiniões foram favoráveis. Demonstram compreensão e respeito a autonomia do paciente, familiares e a necessidade de uma equipe multidisciplinar.

“Vai depender muito do estado de que o paciente se encontra no momento da decisão, se o paciente tiver um prognóstico ruim, ou se está em estado terminal, eu acho que isso também tem que ser decidido juntamente com a equipe multidisciplinar e juntamente com a família.” (M12)

“Então, eu acho que você tem que manter as necessidades básicas do paciente, como alimentação, respiração, isso é meio complicado, um paciente de cuidados paliativo a gente tem que entender que uma forma ele irá morrer, mas pode ser que não seja ligado a própria doença, pode adquirir uma infecção, eu trataria essa infecção? Entendeu? Eu acredito que não. Não trataria se ele manifestou sua vontade, se ele tiver assinado de que ele tem a vontade de que não quer mais tratamento nenhum, apenas os cuidados básicos de alimentação e respiração, se o organismo dele não for reagindo, por si só contra a doença, contra o quadro, eu não abordaria de nenhum jeito não, manteria as necessidades básicas.” (M7)

Foi demonstrado conhecimento sobre o termo distanásia e sua consequência na prática clínica.

“Eu acho muito válido sim né, porque além de você, estar fazendo uma distanásia deste paciente, de estar prolongando o sofrimento deste paciente, você por exemplo instituir uma nova terapia medicamentosa, antibiótico, paciente já tem um prognóstico fechado né, você vai selecionando, está dificultando ainda mais a vontade do paciente né, então assim você tem que respeitar o momento, e não fazer a distanásia nunca, então mais acredito que a sedação, analgesia, todos esses procedimentos envolvidos eles tem que ser nunca podem ser abandonados, agora medidas terapêuticas, como antibioticoterapia, procedimento invasivos, cirurgias eu acho que sim, esses tem que ser realmente abreviados.” (M1)

Outra preocupação relacionada ao tema, foi um melhor aproveitamento dos recursos financeiros do hospital.

“Eu acho válido, isso pode diminuir custos desnecessários para o hospital, ou pra família, pro serviço, por ser realizado eventualmente a vontade do paciente.” (M3)

“Eu acho que o médico que está acompanhando, se é um profissional competente, sabe quais são, qual é o prognóstico do paciente, até por uma questão de, vamos dizer assim, de direcionar, melhor os recursos que o hospital tem, não tá errado fazer isso, de modo algum. Sim com certeza, se ele está lúcido, com certeza ele tem o direito, a vida é dele. ” (M4)

Novamente evidenciamos a preocupação com processos e questões legais.

“Então, eu acho assim, se o paciente, quando tinha condições de responder, respondeu, e isso estava de acordo com a família, essa vontade é respeitada, porque muitas vezes, esse paciente pode ter falado, mas pode ser que ele não estava lucido na hora em que ele falou, pode ser que ele falou uma coisa, pode se arrepende depois, então a família, tem que tá de acordo, e tudo documentado, porque hoje em dia a gente faz uma medicina defensiva, então por mais que um paciente fale que não quero que seja feito nada, não quero que me reanime, que não faça nada, a família pode processar o médico, e o paciente vai ter morrido, e não vai estar aqui para defender o médico em juízo.” (M6)

Qual sua percepção pessoal a respeito de decisões judiciais que interferem sobre o exercício da medicina?

A respeito das decisões judiciais que interferem sobre o exercício da medicina, todos os entrevistados condenam tal situação.

“Eu acho que hoje no Brasil, ocorre um grande despreparo para os profissionais de justiça, na questão de elaboração de leis e julgamentos, a cerca de todos os procedimentos éticos e médicos envolvidos, no procedimento relação médico paciente. ” (M9)

“Eu acho que as decisões têm que ser do médico, não tem como o juiz falar o que você tem ou não que fazer. Tem que ser embasado na medicina né, não dá pra alguém fora da área querer opinar e interferir na conduta do médico. ” (M10)

“Olha eu acredito que o juiz para dar um caso como errado ou não, ele teria que ter um conhecimento aprofundado da medicina, eu acho que ele teria que entender tanto a área medica quanto a área jurídica pra julgar algum caso, agora ele sendo juiz, entendendo muito básico da medicina, acho que ele não tem assim uma condição boa de definir uma situação, acho que ele teria que ter uma formação nessa área também medicina legal. ” (M5)

“Eu sou contra acho que juiz não tem formação, e geralmente ele se baseia em aspectos emocionais da família, sou totalmente contra. ” (M11)

Opine, por favor, sobre os conteúdos que você recebeu durante seu período de graduação sobre os temas: Código de Ética Médica, Resoluções do CFM, deontologia, bioética, deliberação clínica, autonomia de médico e paciente, terminalidade da vida.

Os entrevistados foram questionados sobre sua formação acadêmica, sobre os conteúdos que receberam durante o período de graduação sobre os temas: Código de Ética Médica, Resoluções do CFM, deontologia, bioética, deliberação clínica, autonomia de médico e paciente, terminalidade da vida. A grande maioria acredita que não foram suficientes e que durante a vivência clínica perceberam que a formação no assunto foi deficitária.

“Hoje eu posso dizer que sou preparado pra isso, mas não por causa da faculdade, eu acho que só tem coisa que a gente vai aprender vivenciando mesmo,

quando você é acadêmico você não percebe esse poder de decisão tão forte assim, ninguém fala a realidade pra gente. ” (M8)

“Se pensarmos acho que todo o médico formado que tiveram essas disciplinas, tenho certeza que durante o curso eles não davam tanto valor como devia se dar, hoje um pouco mais de 6, 7 anos de experiência da medicina, a gente vê que essas áreas, são muito poucos exploradas na faculdade, e no seu campo também de especialização, vejo que é uma importância grande de todos os médicos entenderem um pouquinho sobre o nosso código de ética médica e sobre o código de responsabilidade civil. ” (M3)

“Eu acho que não de forma prática, na verdade era uma abordagem bem teórica. ” (M12)

Os entrevistados que consideraram satisfatório essas questões durante sua formação, enfatizaram que foi devido a um novo modo de ensino implementado nas universidades ou devido ao interesse e empenho de algum professor.

“Na minha formação foi, porque eu, aprendi com um curriculum novo, com aprendizado baseado em problemas, tinha todo, desde o primeiro ano, desde psicossocial, foram carro chefe do meu curriculum, tínhamos reuniões de bioética periódicas, tivemos uma discussão bem aprofundada, sobre temas, e todos esses temas, devido a essas mudanças curricular eu acho que foi uma das principais atividades abordadas. ” (M9)

“Eu acho que foi suficiente, durante a faculdade a gente teve aulas de cuidados paliativos, tem um professor que é especialista em cuidados paliativos na Santa Casa, e ele fazia questão de dar aula pra todos. Não abria mão. A gente tinha aula, teve reunião até com familiar abordando sobre cuidados paliativos, eu acho que foi bom. ” (M1)

Outro ponto citado, foi a forma insuficiente abordadas nas universidades com relação ao tema.

“Foi bem escassa a formação que a gente teve, inclusive o período que eu tive ética médica e essas coisas, teve muita greve, e isso foi deixado pra lá. ” (M7)

5. DISCUSSÃO

Assumir a morte como um processo natural, no qual o ser humano precisa de apoio é o primeiro passo contrário a cultura medicalizadora dos dias atuais. A falta de conhecimento dos médicos e a dificuldade encontrada em falar sobre ONR demonstra que a morte ainda é encarada como uma situação de fracasso da medicina. Encarar os dilemas éticos presentes no tratamento ao doente terminal e estabelecer os limites no prolongamento da vida e sobre a quem cabe essa decisão são necessários com extrema urgência perante a comunidade médica.

Nessa perspectiva e destacando os achados da pesquisa surge a questão de que os médicos se sentem inseguros em adotar ONR, embora exista um consenso de que a decisão de implementar a ONR na prática médica seja essencial. A insegurança provém da falta de uma linha condutora, pois os aspectos legais intimidam muitos profissionais que temem processos por omissão de socorro. Ante a tal fato, fica evidente a necessidade de uma linha orientadora clara, cujo o respeito a autonomia do paciente deve estar em primeiro plano.

A Resolução CFM n. 1995/2012, abordou a necessidade da existência de uma regulamentação de diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira. Também, considera a relevância da conduta médica diante de situações críticas vivenciadas por pacientes terminais.

Já a Resolução CFM n. 1805/2006, dá ao médico o poder de decidir se os procedimentos de reanimação são ainda necessários ou não quando o doente se encontra em estado grave, em seu artigo 1º que diz: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.”

Segundo França, Rego e Nunes (2010), os princípios éticos envolvidos compreendem a forma de morte, que deve ser digna e respeitando os valores do doente, além de considerar o consentimento e a autonomia do paciente ou do representante legal.

A Bioética se pauta em quatro princípios fundamentais: autonomia (faculdade para governar a si mesmo), beneficência (obrigação do bem-estar dos outros, sendo extremamente necessário levar em conta os desejos, as necessidades e os

direitos de outrem), justiça (tratamento justo a qualquer indivíduo) e a não maleficência (não acarretar danos ao indivíduo). Esses princípios devem reger qualquer ação que esteja relacionada à vida, isto é, do nascimento a terminalidade (SOUSA, 2010).

Dentre estes, a autonomia é um fenômeno muito complexo quando abordado cotidianamente, pois constrói-se em meio a relações sociais e humanas, que não dispensam considerações relativas ao desenvolvimento humano e aos relacionamentos nos quais a autonomia efetivamente opera e, nesse caso específico, cabe considerá-la no contexto dos CP (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A equipe multiprofissional deve unir esforços para oferecer um cuidado abrangente, utilizando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas e tendo sempre em foco a melhora da qualidade de vida.

No Brasil, as ordens de não ressuscitação não têm respaldo na legislação, o que obriga os profissionais de saúde a aplicarem Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em todos os casos, exceto quando o óbito é inquestionável. Isto cria a necessidade de condutas padronizadas, levando em conta os aspectos morais e éticos de cada situação e tendo sempre em vista o bem-estar das pessoas (TRIGUEIRO, 2010).

Dentro de uma concepção relacionada a autonomia e a capacidade de decisão, percebe-se grande preocupação por parte dos médicos. Unanimemente concordaram em preservar a identidade do doente, como um ser autônomo capaz de autodeterminar-se, o respeito à competência e ao direito do paciente de realizar uma escolha informada.

Acatar o paciente como sujeito autônomo é o mesmo que respeitar seu direito de ter opiniões próprias, ter opções e realizar escolhas conforme os seus valores pessoais. É garantir que o doente possa decidir também sobre sua morte. Cabe aos médicos oferecerem informações técnicas para conduzir a tomada de decisão, sem influenciar na deliberação, dessa forma conseguimos garantir o direito do paciente à dignidade.

A questão da autonomia refere-se à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser o melhor para si. Uma das condições principais, para considerar uma pessoa autônoma, é que ela deve possuir a capacidade para compreender, analisar uma situação e ter habilidade para escolher entre várias hipóteses, com o objetivo de decidir-se intencionalmente por uma das alternativas que lhe são apresentadas, livre de qualquer influência para tomar esta decisão.

O respeito ao princípio de autonomia propicia o entendimento, o diálogo e a confiança que permitem ao paciente consentir sobre a realização de intervenções em seu corpo, propostas pelo profissional, visando melhorá-lo ou curá-lo. O profissional tem como obrigação fornecer ao paciente ou à família a mais completa informação a fim de promover uma compreensão adequada do problema, discutindo com ele opções diagnósticas e terapêuticas cabíveis e o ajudando na escolha daquela que lhe é mais benéfica (GAUER, 2006).

O “consentimento informado” (a explicação ao paciente, atento e mentalmente competente, sobre a natureza de sua doença, bem como o equilíbrio entre os efeitos, os riscos e os benefícios dos procedimentos terapêuticos recomendados, seguido de autorização para submetê-lo a estes procedimentos, segundo o Manual de Ética da Associação Médica Americana), mesmo que apenas verbalmente, deve estar presente antes de qualquer decisão terapêutica ou de diagnóstico em um paciente em um estado de doença terminal (AZULAY, 2001).

Estudo em hospital de Israel mostrou que 67% dos médicos acataria a ONR dos pacientes, mas, entre os familiares, somente 33% seriam favoráveis, evidenciando a diferença de concepção entre os médicos e a família (JAUL, 2014). Outro estudo em unidades para pacientes queimados, feito com médicos intensivistas dos Estados Unidos e Europa, encontrou taxa de aceitação pouco menor entre profissionais: 54% (METAXA, 2015).

No atendimento a pacientes que optaram pela ONR e que foram submetidos previamente a manobras de ressuscitação extra-hospitalar houve limitação de procedimentos como transfusão sanguínea, cateterização cardíaca e implantação de *bypass*, evidenciando o respeito à orientação, quando existente (RICHARDSON, 2013).

Os médicos não são obrigados a realizar manobras de RCP em pacientes com sinais nítidos de morte (rigidez cadavérica, decapitação, decomposição ou livor cadavérico), mesmo quando solicitado por familiares. Outros critérios para não iniciar manobras de RCP são a ordem judicial prévia de não ressuscitação emitida pelo paciente ou pela equipe que o acompanha em comum acordo com familiares; ausência de benefício fisiológico por deterioração das funções vitais apesar do melhor tratamento disponível e neonatos cuja gestação, baixo peso ou anomalias congênitas são associadas à morte precoce (PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1983).

Em estudo sobre elaboração do testamento vital, houve preferência, tanto entre pacientes como entre seus acompanhantes, pela participação do médico junto com a família quanto a decisão de implementação de ONR (CAMPOS, 2012). Esse mesmo ponto de vista foi observado nesse estudo, em que uma parcela dos médicos entrevistados acredita que a elaboração da ONR deve ser uma decisão conjunta.

Apesar de frequentes, observou-se que os textos das ONR continuam sendo estritamente técnicos e de difícil entendimento para o público leigo, além de pouco discutidos entre médicos e pacientes/família, retardando o tratamento ou não tratando situações corriqueiras e desconfortáveis que ocorrem em fim de vida, como náusea, dor, desidratação, delírio, entre outras (ACHE, 2011).

Já no estudo de Putzel (2016), foi observado que existe interesse dos médicos em discutir a ONR, embora até o momento não haja orientação ética específica no Brasil, nem sobre sua forma de elaboração.

Nesse estudo, pode-se observar que há uma tendência expressiva da necessidade de se buscar o envolvimento do médico e dos familiares quando se deve tomar decisões relacionadas a ONR.

Esse tema é objeto de constante debate ético, no entanto, o conhecimento do médico lhe dá conhecimento necessária para o tratamento humanizado e os cuidados necessários envolvidos no final da vida. Sendo assim, para que a família possa participar desse processo de decisão, o médico responsável deve deixar

claro tudo o que está acontecendo naquele momento, sem deixar brechas para dúvidas.

Os dados obtidos nessa pesquisa são semelhantes com os obtidos na pesquisa de Batista; Seidl (2011), no qual os relatos indicaram que a irreversibilidade do quadro clínico e o prognóstico da doença foram os fatores que mais nortearam a decisão quanto à limitação ou retirada de suporte vital para os médicos que participaram do estudo. A importância do papel da família no processo decisório também foi enfatizada pelos participantes desse estudo.

Embora o paciente tenha sido aclamado como o principal indivíduo dentro do processo de tomada de decisão, foi observado a valorização da necessidade de diálogo com familiares e equipe multidisciplinar. Segundo Sá (2005), a escolha de cada paciente é influenciada pela constituição biológica, psicológica e social do indivíduo. Sendo assim, a deliberação com profissionais de saúde e familiares deve ser clara e coesa, para que os valores e crenças dos envolvidos não seja uma influência externa à escolha do paciente. A tomada de decisão nas questões de fim de vida deve ser feita através de muito diálogo e respeito a crenças e costumes.

O médico, o paciente, familiares e a equipe multiprofissional têm papel essencial na decisão de não reanimar, reforçando os princípios éticos e morais que visam proporcionar uma morte digna ao ser humano que está em situação crítica. Claramente percebemos a importância da deliberação sobre a ONR com todos envolvidos. O consenso da família em todo processo é fundamental, pois distribui a carga da decisão entre vários indivíduos, diminuindo o sentimento de culpa sentida por familiares na tomada de decisão, fazendo com que os familiares se sintam mais confortáveis com seu papel.

A maioria dos entrevistados ressaltaram a influência da relação médico-paciente-familiar sobre a tomada de decisão no final da vida, onde sempre deixam claro a relevância e importância da participação da família em todos os processos da doença, ou seja, desde a descoberta até os momentos finais.

Realmente, esse fator deve ser considerado, uma vez que o familiar pode ser considerado uma extensão do paciente, que em contexto no qual este não tem condições de tomar grandes decisões, aquele deve opinar sobre os procedimentos, tratamentos e outros processos de cuidados.

Por outro lado, o profissional, deve encontrar um equilíbrio e manter sua postura profissional, para que suas atitudes não se tornem desejos e atitudes da família, pois, isso pode gerar sentimento de culpa com relação a determinadas situações, achando inclusive que está indo contra os preceitos éticos da medicina.

O estudo de Sanches; Seindl (2013) salientou que o diálogo entre os envolvidos: profissionais de saúde, pacientes, familiares deve ser estimulado para que se alcance coesão entre o que se pensa e coerência no modo de agir. Todavia esse dado é o inverso do que a literatura tem indicado (TRIGUEIRO *et al.*, 2010; SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005).

O consentimento para a implementação da ONR é uma decisão conjunta, no qual, o objetivo, é sempre oferecer o melhor para o paciente, sempre se valendo das implicações éticas envolvidas. O respeito pela dignidade do paciente é o principal fator que deve ser considerado na tomada de decisão não apenas para a implementação da ONR, mas para todo procedimento que poderá ser realizado com o paciente.

Para Zoboli (2012), por ser a deliberação um artifício da racionalidade prática, delibera-se para tomar decisões que são sempre, e necessariamente, concretas. Não podem ser decididas no abstrato, mas sempre levando em consideração como ocorreu e o porquê do ato e quais as consequências que podem ser previstas. A deliberação é um artifício intelectual que mira selecionar escolhas criteriosas. Tem por artifício as decisões sobre o que se deve ou não fazer.

Existe um debate se o paciente deve ou não ser envolvido nessas decisões. Como um dos objetivos principais das ONR é o de respeitar a autonomia do paciente, ele deve ser envolvido, a princípio, sempre que possível na tomada de qualquer decisão que envolva a sua pessoa. Em muitas situações não há como dialogar de forma adequada, pois os pacientes algumas vezes passam por fases de negação da doença, depressão, revolta ou mesmo encontram-se confusos, sonolentos ou em coma, impedidos de tomarem decisões (EMANUEL, 1997; GIRGI, 1995).

Evidenciou-se o acolhimento da possibilidade de uma segunda opinião médica. Sabemos que a base do cuidado é uma relação boa e confortável entre o

médico e paciente. A abertura do médico para que o paciente possa buscar alternativas e opiniões diferentes das suas estabelece uma maior confiança do doente em todo o processo de tomada de decisão.

Essa aceitação demonstra o enfraquecimento da relação paternalista entre médico/ paciente. Mostra uma evolução no relacionamento entre ambas as partes, respeitando a necessidade de escolha e informação para tomada de decisão.

Em conformidade com os achados da pesquisa, é considerado adequado uma ONR quando uma doença é irreversível e terminal, sendo eticamente autênticas se as manobras de reanimação propostas forem vistas como uma intervenção desproporcional. A idade do paciente parece ter também algum alcance na tomada desta decisão, pois sabemos que as ONR são muito pouco observáveis nos doentes mais jovens (menos de 1% nos com menos de 50 anos de idade).

A beneficência é um dos princípios éticos da medicina. A beneficência, do latim *bonum facere*, literalmente caridade, fazer o bem. Com efeito, tal princípio, embora seja visto de forma negativa em certos meios, por evocar o paternalismo médico, exerce tarefa “protetora”, que é muito próxima da tarefa “cuidadora”, existente na prática médica, desde que surgiu de forma regulamentadora com a Escola de Hipócrates (SCHRAMM, 2002).

A beneficência é um ato de bondade ou gentileza, uma atuação benevolente, segundo o que se apresenta como o melhor interesse do paciente. Pretende promover positivamente o bem e evitar ou remover o mal (PESSINI, 2006).

Com base no princípio de *primum non nocere* o profissional de saúde deve acima de tudo não causar danos; no paciente terminal a ordem de não ressuscitar se aplica a este princípio da não maleficência (TORREÃO, 2000).

De acordo com Clemente; Santos (2007), é de responsabilidade médica avaliar o quadro do paciente, no que se refere ao possível estado de irreversibilidade e o prognóstico da doença para contraindicar manobras de ressuscitação e, assim, evitar ressuscitar um paciente para morrer um pouco mais tarde por meio da instituição de uma terapia agressiva, a qual só irá prolongar o processo agônico, aumentar o desconforto e a dependência, e diminuir a qualidade de vida do paciente e sua família.

Em um estudo realizado em dois hospitais portugueses com especialidade em oncologia, no que se refere à questão de quem toma e quem ajuda na decisão da ONR, os resultados obtidos indicam que os enfermeiros consideraram que a decisão era tomada em 43,3% das vezes sempre pelo médico assistente, com a participação e ajuda da equipe médica (64,1%), do doente quando competente (49,4%) e da equipe de enfermagem (40,3%) (FRANÇA *et al.*, 2010).

Uma pesquisa realizada em Curitiba (URBAN *et al.*, 2008) com 31 oncologistas verificou que 74,2% deles eram favoráveis à participação dos pacientes nas decisões envolvendo o final da vida, e 80,6% manifestaram-se contra o direito da família de decidir sobre a abreviação da vida do paciente.

Nos casos em que o paciente não deixou diretivas prévias e não tendo nenhum responsável por este, a conduta de realizar ou não a ONR é de responsabilidade médica. A atuação médica se baseia classicamente em dois princípios; o primeiro é a preservação da vida que significa manter o paciente vivo em condições razoáveis, respeitando os princípios éticos e legais como também a vontade deste; e o segundo é o alívio do sofrimento que é dado através de medidas terapêuticas (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Entretanto, surge a questão: a partir do momento que o médico e sua equipe aplicam a ONR em um paciente, ele não está omitindo socorro a um paciente? O estudo de Nogueira (2015) mostrou que os médicos discordam dessa afirmativa. Ao correlacionar o ONR com a omissão de socorro, 90% não consideraram esse o caso e, apenas 10% acreditam que sim, que a aplicação da ONR é omissão de socorro.

Por outro lado, segundo Hook; Koch (1996), numerosos estudos mostraram a relutância dos profissionais de saúde em levantar a questão da ressuscitação com os seus pacientes, em parte pelo fato de sentirem que desistirão deles, outros por desconforto em questões de vida e morte.

As discussões sobre ordem de não reanimar são difíceis tanto para médicos como para pacientes, resultando em seu preenchimento postergado para pouco antes da morte e comumente por meio de documentos assinados por familiares (ACKROYD, 2007).

Os cenários mais propensos à recusa ocorrem quando a recomendação de não reanimação parte do médico com quem o paciente não tinha tido nenhum contato prévio, bem como pela recusa do médico em responder perguntas ou ainda pela presença de pessoas desconhecidas nestas discussões (PENTZ, 2002).

Para o paciente é desejável um relacionamento de suporte com o médico assistente, que lhe traga informações com honestidade, em ambiente de confiança, sobre o diagnóstico e prognóstico.

Uma parcela dos médicos acredita que a decisão final sobre a implementação ou não da ONR, em caso de opiniões divergentes, deve ser do paciente, se ele tiver capacidade de tomada de decisão e, caso não tenha, a decisão é da família.

Todo paciente tem o direito do consentimento informado. O consentimento informado é, portanto, uma forma humanitária, eticamente correta e legal de exprimir e conduzir as relações. Justifica-se pelo direito de autodeterminação, que é o equivalente jurídico do princípio moral do respeito da autonomia.

Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação. O consentimento pode ser oral ou escrito, sendo esta última forma a mais recomendável, não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os médicos (CLOTET, 2006).

Nesse contexto, a tomada de decisão prudente e razoável requer a explicitação e a consideração dos valores das pessoas envolvidas no processo. Isso porque diversos fatores podem favorecer as tensões e conflitos éticos, dentre os quais se destaca a má comunicação ou sua ausência.

Disso resulta a situação em que a pessoa doente e sua família não estão suficientemente informadas sobre os problemas e sofrimentos inerentes à fase final da vida, bem como sobre os recursos que podem ser oferecidos para minimizá-los, entre eles a sedação paliativa.

Diante dos sofrimentos e angústias, é necessária uma tomada de decisão responsável e comprometida com o processo de morrer com dignidade. Efetivamente, é preciso deliberar! E, nesse sentido, afirma Diego Gracia:

Os problemas têm de ser enfrentados mediante um processo de deliberação. E o objetivo da deliberação não é a tomada de decisões certas ou exclusivas, mas tão só prudentes. Pessoas diferentes podem tomar decisões diferentes ante um mesmo fato e serem todas prudentes (...). Esta é talvez a grande tarefa que temos à frente e que ganhará cada vez mais importância nos próximos anos: a necessidade de assumir um tipo de racionalidade que permita a participação de todos os implicados no processo de deliberação dos problemas práticos – em nosso caso, dos problemas morais. (...) Somente assim poderemos contribuir para a grande tarefa que cabe à ética e à bioética: o fomento da “responsabilidade (GRACIA, 2010).

Outro grupo de médicos explicam que se o paciente e/ou familiares não concordarem com a implementação da ONR, eles sugerem que eles procurem a opinião de outro especialista sobre o quadro clínico desse paciente e a possível aplicação da ONR, se necessário.

Estes resultados refletem a diversidade de interpretação existente que pode decorrer tanto da carência de conhecimento como da idade e dos fatores culturais, sinalizando para a necessidade de se ampliar os estudos e as discussões sobre o tema.

A condição de um paciente, principalmente em estado terminal, provoca sentimentos e mudanças ao próprio, à família e às pessoas do seu convívio, neste processo desde o momento do diagnóstico até ao momento da morte, partilham juntos diferentes sensações.

O paciente, bem como seus familiares, a partir do momento do diagnóstico, passa por uma série de emoções e sensações, entre elas a negação e a depressão por se sentir incapaz de fazer algo por si, e é exatamente devido a essa “avalanche de sentimentos” que é mais difícil aceitar a ideia da implementação da ONR, pois, tanto o paciente quanto seus familiares sabem que o fim da vida está mais próximo e a esperança pela cura não existe mais.

Muitos pacientes e familiares, em alguns casos, pedem que sejam usadas todas as técnicas possíveis de ressuscitação com receio de punição divina, pois, eles acreditam que ao aceitar a implementação da ONR é o mesmo que ser conivente com o ato de homicídio, o que é considerado pecado em grande parte das religiões e, se a ONR foi aplicada, não se saberá se esse paciente teria mais chances de viver.

Um texto do Papa Pio XII, dirigido aos profissionais da saúde, deixa claro o real pensamento da Igreja. Segundo o Papa “se parecer que a tentativa de reanimação constitui, na realidade, para a família um ônus tal que não se lhe possa em consciência impor, pode a família licitamente insistir para que o médico interrompa as suas tentativas, e o médico pode licitamente obedecer-lhes” (MARTIM, 1993).

O paciente tem o direito de aceitar ou recusar tratamentos conforme garantem os dispositivos da Ética Médica e a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (CFM, 2006). Assim, para que o paciente possa exercer sua autonomia plena, evidencia-se a necessidade de se incentivar a discussão sobre a ONR com os pacientes, ainda no âmbito pré-hospitalar.

Esse é o princípio de justiça que, não deve ser aplicado quando existe um círculo vicioso em não falar a verdade, em esconder do paciente os acontecimentos, gerando mais sofrimento.

A responsabilidade pela realização ou não de uma RCP é do profissional que atende o paciente. O julgamento clínico pode ser influenciado pela ONR, mas não necessariamente ser determinado por essa. Ela deve servir como um instrumento de orientação e não ser coerciva sobre quem atende o paciente (EMANUEL, 1997).

Ficou claro a percepção dos médicos entrevistados sobre a finitude da vida e a condenação de procedimentos desproporcionais diante de pacientes portadores de doenças terminais. Não reanimar o doente em fase terminal seria provavelmente a atuação mais clara que evitaria a obstinação terapêutica.

Para Leo Pessini, “o paradigma médico da benignidade humanitária e solidária e a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar o doente terminal em excesso (distanásia) ou deixar de tratá-lo o suficiente (eutanasia). Procuram mostrar que atribuir grande valor à vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e dor do paciente terminal”; e destaca: “a medicina que atua dentro do paradigma da benignidade humanitária e solidária e opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: nem matar, nem prolongar exageradamente o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna”.

Problemas éticos mais complexos são aqueles onde já foram instituídas as medidas de RCP em um paciente que havia solicitado uma ONR previamente e encontra-se em cuidados intensivos. A decisão de retirar um paciente de um respirador pode ser mais difícil do que a de não o colocar.

Nos dias de hoje, muito se debate sobre eutanásia² e suicídio assistido, porém a distanásia ainda não tem tanto espaço. A discussão sobre obstinação terapêutica deveria ser mais frequente, já que com o avanço da tecnologia percebemos cada vez mais sua presença nos hospitais. Embora o nome não seja utilizado, a distanásia está presente mais frequentemente do que deveria.

E isso ocorre porque a ciência é conflitante. Ela busca a cura, a juventude, a beleza, mas ao mesmo tempo tem que assumir a derrota de não conseguir descobrir a cura ou tratamento para muitas doenças, evidenciando a impotência dos médicos perante diversas situações. Perceber que existem limites e que é preciso lidar com a finitude pode ser angustiante e derradeiro para profissionais não preparados para tal, indicando procedimentos desproporcionais a fim de acalmar suas frustrações.

Não podemos negar que o avanço da medicina é muito benéfico e proporcionam uma melhor qualidade de vida aos doentes, é o seu abuso ou seu emprego sem ponderação que é prejudicial. Indicar um tratamento médico que não alcance mais seus objetivos gera desgaste e sofrimento desnecessários para o paciente, seus familiares e profissionais. É difícil definir critérios para a determinação da futilidade terapêutica. Não é difícil observamos divergências na comunidade médica, podendo aparecer conflitos a partir da crença, religião e costumes dos envolvidos.

² No que diz respeito à eutanásia, do ponto de vista clássico, foi definida, inicialmente, como o ato de tirar a vida do ser humano. Mas, depois de ser discutido e repensado, o termo significa morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes (BATISTA, 2009).

Já a distanásia é um termo pouco conhecido, porém, muitas vezes, praticada no campo da saúde. É conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade (SELLI, 2009).

na ortotanásia, o indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, tais como ventilação artificial ou outros procedimentos invasivos. A finalidade primordial é não promover o adiamento da morte, sem, entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida (VILLAS-BÔAS, 2008).

A forma que os médicos entrevistados dialogaram e condenaram procedimentos desproporcionais, demonstra que existe um entendimento e aceitação da finitude da vida, assim, o cuidado paliativo pode ser considerado uma alternativa para a distanásia.

Segundo Maciel (2008) os cuidados paliativos têm o objetivo de proporcionar cuidado humanizado visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, acima de tudo na fase terminal de suas vidas. O atendimento domiciliar mostra-se como opção para resgatar essa dimensão do cuidado, na qual a humanização desse ponto de vista exige que se associem competência tecnocientífica e acolhimento integral do paciente como ser biopsicossocial.

Fornecer cuidados mais amplos e ao mesmo tempo mais individuais, é muito importante quando se fala em pacientes portadores de doença em processo terminal, buscando amenizar e modificar o processo de morte. Permitir a escolha do doente sobre aonde ele gostaria de passar esta derradeira etapa do adoecer e morrer, é restabelecer o direito de respeito e dignidade daquele indivíduo e seus familiares.

É importante lembrar que o paciente é único, bem como suas crenças, medos, história, expectativas e que independente de sua doença e gravidade, o modo de lidar com seu processo de adoecer será individual e influenciado por sua vivência, sua história anterior e pelo momento atual.

Evidenciado pelo resultado da pesquisa, a importância em manter a qualidade de vida dos enfermos já se propaga com programas em todo o país. A normatização dos cuidados paliativos pelo Sistema Único de Saúde permite o alcance a todos. Essa disseminação dos cuidados paliativos se dá, principalmente por entenderem que o bem-estar, tal como definido pelo paciente de acordo com suas vontades e questões é primordial para o acolhimento integral do doente.

No Brasil, a ONR não constitui prática especificamente reconhecida no âmbito da Ética Médica. Contudo, a limitação de procedimentos encontra amparo em dispositivos éticos e legais federais, entre os quais a Resolução CFM 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde (CFM, 2006; CFM, 2010).

A Resolução foi revogada pelo Ministério Público no mesmo ano através de uma liminar. Esse fato pode traduzir a preferência da sociedade pelo compromisso do médico que “tudo seja feito”, mesmo quando a morte é certa. Aparente retrocesso, a suspensão serviu para a sociedade debater publicamente a terminalidade da vida e os princípios do cuidado paliativo. Nessas questões controversas, uma abordagem aberta é melhor que negar a morte como parte da nossa vida e tratá-la como tabu.

Entretanto, mesmo não sendo oficialmente reconhecida, tal conduta é adotada na prática hospitalar (GAUDENCIO, 2011).

Pela legislação brasileira, o médico é competente para o exercício da profissão, quando recebe o diploma do Ministério da Educação e se inscreve ao Conselho Regional de Medicina. O Código de Ética Médica não trata da competência, mas da autonomia e liberdade do médico. Os demais artigos do código visam preservar a autonomia do paciente e dependem da consciência do médico (HOSSNE, 2008).

Nota-se que grande parte dos profissionais admitem que tiveram disciplinas que abordaram ao menos um dos temas citados na questão, entretanto, a opinião de que não foi o suficiente, principalmente porque quando o assunto “terminalidade da vida” era abordado, a frequência sempre foi mínima e gerava muita polêmica o que, aparentemente, desestimulava o professor a continuar ministrando aquele conteúdo em aula.

O conteúdo sempre foi muito teórico, independente da instituição de ensino que os médicos se formaram, eles reclamaram que não foram preparados para a prática, para o dia a dia no hospital quando o assunto é terminalidade da vida e isso dificultou o seu desenvolvimento profissional na área e aquisição de autonomia para tomar decisões a esse respeito.

O problema encontrado foi o vazio nos conteúdos de graduação sobre morte e finitude da vida. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde ainda é insuficiente. A deontologia diz respeito às obrigações que o profissional tem que adotar em suas atividades, sendo que ao longo dos anos, foi o alicerce do ensino da ética nos cursos de saúde e, apesar de importante, tem se mostrado

escasso, uma vez que os códigos de conduta não têm acompanhado satisfatoriamente as mudanças ocorridas na sociedade. (SIQUEIRA 2009).

Quase todos os participantes do estudo realizado por Siqueira (2007) queixaram-se de suas formações, afirmando que a terminalidade e temas correlatos não são abordados de forma suficiente na graduação. Tendo em vista que o curso de medicina se propõe a habilitar profissionais que terão contato com a morte em diferentes momentos de sua prática, defende-se que temas sobre morte, terminalidade, cuidados paliativos e bioética sejam abordados desde a graduação. Dois terços dos participantes do estudo conheciam a Resolução 1.805/06 do CFM.

Na verdade, as políticas de humanização e educação permanente devem nortear todo esse processo de capacitação, pois esta se dá de modo contínuo no percurso da vida profissional. Os cursos de medicina precisam, por outro lado, prover melhor qualificação desde a graduação, não somente com respeito às questões biomédicas relativas à terminalidade, mas também quanto aos aspectos psicossociais, à comunicação e ao relacionamento com as pessoas que necessitam de atenção e cuidados. Considera-se, assim, a necessidade de se formarem vínculos, fazerem alianças e, assim, buscar a garantia de um tratamento digno até o momento do óbito e do pós-óbito.

Outros estudos com objetivos semelhantes encontraram percentuais mais elevados de desconhecimento desse documento (BATISTA, SEIDL, 2011; VANE, POSSO, 2011), ainda que tenham sido realizados em período no qual ela não estava em vigência.

A falta de conhecimento e, principalmente, de interesse dos médicos sobre ética é bastante preocupante, já que o tema não aborda apenas a terminalidade da vida, mas muitos outros assuntos, como homossexualidade e outros temas que ainda são tabus para a sociedade. É preciso que sejam investidas mais horas/aula na graduação em medicina para debater e aprimorar a prática dos princípios e conceitos éticos.

Por mais que, somente na prática adquirimos a perfeição, é durante a graduação que há as orientações devidas sobre determinadas tomadas de decisão, como é o caso das questões éticas a respeito da terminalidade da vida.

Isso reflete em profissionais, que embora manifestem compreensão das normas contidas no CFM sobre o respeito a autonomia do paciente, desconhecem ou subestimam Resoluções do CFM que tenha como conteúdo a terminalidade da vida.

Os profissionais de medicina não estão se atualizada nos conceitos, resoluções e leis em sua área de atuação, o que pode ser arriscado e colocar o seu registro no CFM em xeque, já que, esse médico pode tomar uma decisão que, para ele está dentro das determinações do CFM, mas que foi abolida e novas normas foram inseridas para substituí-la.

Pode-se perceber o contraponto entre as duas formas de conceber a ética: de um lado a que tem como base a Deontologia, que manda agir a partir de uma resposta conhecida (acerca do verdadeiro, correto ou bom) - a qual denominamos aqui de Ética Profissional, uma vez que constitui a forma mais tradicional da ética nas profissões; e do outro lado, a ética que tem como base a reflexão pessoal e a autocrítica, o exercício de ouvir e dialogar para compreender, que manda agir com prudência quando não se sabe qual decisão seria melhor, como ocorre nas situações de conflito ético, que surgem sempre que dois valores se opõem (FINKLER, 2013).

Vasconcelos, Imamura e Villar (2011) investigaram o impacto da Resolução 1.805/06 do CFM sobre 83 médicos que lidavam regularmente com a morte. Os autores observaram que, entre os conceitos de ortotanásia, distanásia e eutanásia, o de ortotanásia gerou maior confusão conceitual. Pouco mais da metade dos participantes (55,4%) se mostrou favorável à prática da eutanásia, e 80,7% foram contrários à distanásia.

Por outro lado, 56% deles, que afirmaram desconhecer a Resolução 1.805 do CFM, admitiram praticá-la no cotidiano, após tomarem conhecimento do seu conteúdo no contexto da pesquisa. A conclusão do estudo apontou que o conhecimento da Resolução afetou positivamente a rotina dos entrevistados, que referiram atuar com base em valores mais humanitários.

Outro estudo que investigou efeitos da Resolução 1.805/06 sobre cem médicos que trabalhavam em UTIs em São Paulo constatou que 49% deles desconheciam a Resolução.

Foi elevado o consenso, entre os entrevistados, acerca de que o médico tem a obrigação de esclarecer o paciente ou seu representante legal sobre as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação; e que o paciente deverá receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sendo assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito da alta hospitalar, para morrer junto a seus familiares (VANE, POSSO, 2011).

Em estudo feito no Distrito Federal (BATISTA, SEIDL, 2011), que contou com a participação de quinze médicos intensivistas procedentes do estado de Goiás e do Distrito Federal, constatou-se que 60% dos participantes conheciam a Resolução 1.805/06.

Também foi observada confusão entre os termos eutanásia e ortotanásia, o que levou a autora a alertar para a necessidade de se difundirem esses conceitos para aqueles que lidam com a morte em seu cotidiano profissional.

Os relatos indicaram ainda que a irreversibilidade do quadro clínico e o prognóstico da doença foram os fatores que mais nortearam a decisão quanto à limitação ou retirada de suporte vital para os médicos que participaram do estudo. A importância do papel da família no processo decisório também foi enfatizada pelos participantes.

O conhecimento não apenas da ONR, mas, principalmente, das normas legais que a regem deve ser de conhecimento de toda a equipe médica que está envolvida nos cuidados com o paciente. De fato, o conhecimento acerca de resoluções tão importantes como a Resolução 1.805/06, deve ser amplamente divulgada para o corpo médico hospitalar. Seria interessante também se, o CFM fizesse campanha de conscientização para que o conceito fosse mais propagado.

O conhecimento da resolução pouparia o médico de certos transtornos, tais como discussões com parentes e futuros processos judiciais, uma vez que, ao propor a implementação da ONR em pacientes terminais, ele teria embasamento legal para justificar essa tomada de decisão.

Uma estratégia utilizada para que não haja divergências entre médicos e familiares no momento de decisão da implementação da ONR é o uso das diretivas

antecipadas de vontade (DAV), que é uma forma de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro feita pelo paciente.

Nesse modelo de testamento, o paciente em o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades, conhecido atualmente como estado vegetativo persistente (EVP) (DALDATO, 2013).

A não maleficência, do latim *malum non facere*, literalmente não fazer o mal, implica o dever de se abster de fazer mal aos pacientes, qualquer que seja, de não causar lesões ou expô-los a riscos (VADEBONCOEUR, 2010).

Assim em relação à bioética, o problema é integrar na justa medida e para caso concreto, a ética da tolerância, a ética da responsabilidade e a ética da solidariedade, sendo a tolerância conquistada no caminho em direção à solidariedade, este laço que une pessoas como corresponsáveis pelo bem umas das outras (BEACHAMP, 2002).

A não maleficência, muitas vezes é associada à beneficência. No entanto, necessário ponderação e cuidado, bem como a correta avaliação dos riscos/benefícios, princípio do duplo efeito (BEACHAMP, 2002).

A Constituição Federal de 1988 apresenta, em seu artigo 1º, inciso III, o conceito de dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República 70, e em seu artigo 5º, inciso II, estabelece que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei (BRASIL, 2016).

Com o mesmo espírito de assegurar dignidade e liberdade, a Lei 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, afirma em seu artigo 17 que ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável (BRASIL, 2002).

O Código Civil ainda afirma, em seu artigo 15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Este dispositivo traduz clara expressão da autonomia do paciente frente

aos tratamentos a serem administrados. A interpretação destes conceitos pode embasar a defesa da validade das DAV no nosso ordenamento jurídico (MONTEIRO, 2019).

O estudo de Monteiro (2019) mostrou que 85,4% dos profissionais de saúde entrevistados acreditam que o testamento vital deve ser válido em todas as situações, seja em doenças degenerativas incuráveis e terminais ou em estados vegetativos persistentes. Quanto à recusa de tratamento, 57,4% são a favor, incluindo, entre outros, internação em unidade de terapia intensiva, nutrição artificial, hidratação, antibióticos e reanimação cardiopulmonar.

Quando o tema é a nomeação de procurador para cuidados de saúde, 92% concordam que sejam nomeados familiares, e destes, 48,2% pensam que qualquer parente pode exercer a função. Aparentemente, os entrevistados não levam em conta possíveis conflitos de interesse entre sua vontade e a dos familiares.

Pelos dados apresentados nas diversas pesquisas, percebe-se que as diretivas antecipadas de vontade, mesmo mobilizando cada vez mais a opinião pública, permanecem tema bastante desconhecido.

Respeitar a vontade do paciente (desde que ele tenha lucidez para responder por si) é a principal resposta dos médicos entrevistados, desde que a família esteja de acordo com essa decisão. Esse ponto de vista não está relacionado exatamente com questões éticas, mas sim, com o receio da família processar o médico por negligência médica e este perder o seu registro profissional.

A partir do momento que o médico respeita a vontade de seu paciente, cria-se um vínculo de confiança e, conseqüentemente, esse paciente seguirá as orientações médicas com maior precisão (enquanto estiver em sua residência). O respeito a autonomia do paciente, de acordo com os princípios éticos, inclui os cuidados paliativos.

A relação entre médico-paciente passou do forte e evidente paternalismo, muitas vezes rígido, para o respeito à autonomia do paciente, bem como a prática do tratamento humanizado. Esses são fatores básicos que levaram a mudanças no enfrentamento da proximidade da morte na atualidade, reforçando a necessidade de se reconhecer a finitude da vida humana.

Diante disso, refletiu-se sobre a ideia de que conservar a vida de forma incondicional, aplicando todas as medidas possíveis e disponíveis para melhorar sua qualidade é essencial.

Manter o paciente, assim como os seus familiares e/ou representantes, informados e respeitar seu critério para que possa participar da deliberação e decidir, dentro da legalidade vigente, sobre o tratamento e alguns aspectos relacionados às circunstâncias de sua morte é fundamental (TAPIERO, 2004).

A humanização e o tratamento ético do paciente envolvem sempre o bem-estar deste. Por mais que a família esteja sofrendo com toda a situação (coisa que é totalmente admissível e natural), não é por isso que se deve prolongar o sofrimento do paciente, por esse motivo o uso de diretivas antecipadas e ONR é tão importante, necessária e deve ser incorporada na legislação médica.

É preferível ver um familiar sofrendo com a dor da perda do que um paciente sofrendo com as dores que uma doença terminal pode causar.

Diante desse pensamento, ocorrem diversos processos judiciais contra médicos que tomaram decisões que, posteriormente, não foram aprovadas por familiares.

Na literatura de Bioética sobre final da vida se encontram mencionados casos onde as decisões envolvendo não-oferta ou retirada de suporte vital de pacientes criticamente doentes acabaram sendo recorridas ao Judiciário, por conflito de interesses entre familiares do paciente e os médicos responsáveis.

O respeito à autonomia que o médico adquire com a sua formação é algo desejado por todos os profissionais, pois, eles se sentem incomodados em não poder tomar determinadas decisões com relação a seu paciente sabendo que um juiz, muitas vezes, que não domina a medicina interfere ou pode interferir em seu trabalho.

Nenhum profissional, de nenhuma área no mercado de trabalho, gosta quando profissionais de outra área, totalmente diferente da sua, adquire o poder de interferir em suas decisões.

O paradigma da ciência moderna, segundo Santos (op. cit., p. 34), "pressupõe uma única forma de conhecimento válido, o conhecimento científico, cuja validade reside na objetividade de que decorre a separação entre teoria e prática, entre ciência e ética".

Existem algumas publicações recentes defendendo o surgimento de uma nova disciplina (o Biodireito), destinada a abordar juridicamente a temática da Bioética. " O Biodireito seria "o estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a bioética e a biogenética, teria a vida como objeto principal" (DINIZ, 2001, p. 8).

Os médicos recebem orientações sobre a ética médica em seus cursos de graduação, o que lhe assegura tomar decisões sem ferir ou intervir no direito de seu paciente.

No caso da implementação de ONR, por exemplo, o paciente e seus familiares são consultados, ou seja, existe toda uma preparação para a tomada de decisões, sempre baseada na ética, respeito e tratamento humanizado ao paciente.

A tomada de decisão a respeito da implementação da ONR, que é o tema desse estudo, ou qualquer outra decisão no âmbito médico, quando feita judicialmente, geralmente, envolve questões emocionais familiares e não o bem-estar e a qualidade de vida e a terminalidade da vida sem sofrimento do paciente terminal.

Essa atitude é contra o princípio da ética médica³, pois, o seu objetivo é oferecer o melhor ao paciente e não fazer com que o familiar fique contente, mesmo que isso fará com que o paciente permaneça em sofrimento desnecessário.

Os Departamentos de Bioética e de Cuidados Intensivos da Sociedade de Pediatria de São Paulo, por exemplo, apresentaram diretrizes aos médicos, pacientes e famílias para a eventual decisão de não reanimar.

Explicando-lhes a doença e o prognóstico, leva em conta o consentimento do paciente e família, conforto físico, afetivo e emocional nos casos sem chances,

³ Os conselhos de ética médica são respaldados pela Resolução n.º 1.657/2002, que normatiza as Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. A resolução CFM 1451/95 normatiza as condições de funcionamento de Hospitais e Prontos Socorros e a n.º 1.805/06, sobre a terminalidade da vida, foi revogada.

e a discussão multiprofissional. Nos casos de desacordo deve-se recorrer a outros médicos para julgamento preciso da situação clínica.

O processo decisório e conclusão devem ser registrados de modo completo no prontuário do paciente. Os pilares da relação contratada são o paciente, familiares, médico assistente e/ou socorrista (OSELKA, 2001).

Esse estudo mostra que as decisões são de responsabilidade do médico, paciente e familiares. O médico é responsável por apresentar o prognóstico do paciente a ele, quando possível, e/ou seus familiares, e a partir daí, tomar a melhor decisão para o conforto em benefício do paciente.

O receio da perda ou cassação de seu registro médico é um fator que preocupa esses profissionais, por essa razão, muitas vezes, eles preferem acatar a decisão, mesmo sendo contra sua vontade (após diversos recursos).

No que se refere aos receios pertinentes a punições legais em virtude da ausência de legislação específica no Brasil, considera-se que ONR necessita de árdua discussão a fim de definir uma linha orientadora sobre o tema. Desse modo, o respeito a autonomia do paciente seria melhor acatado, pois os médicos não teriam possíveis questionamentos jurídicos relativos a condutas de não intervenção. As implicações legais são as que mais interferem nas ações médicas diante das questões de fim de vida, constantemente os médicos deixam de realizar o que acreditam ser o ideal para seus pacientes.

Os participantes não foram questionados e voluntariamente não falaram a respeito da questão religiosa na tomada de decisões com respaldo jurídico, mas vale a pena citar nessa discussão. Há muitos médicos e hospitais que recorrem ao poder judicial em casos como de pacientes que são testemunha de Jeová e que não aceitam determinados tratamentos. Esse tipo de recusa, se é contra os princípios éticos da medicina deve ser submetido a uma apelação judicial, sempre visando o bem-estar, a qualidade de vida e a terminalidade da vida do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo surgiu a partir da reflexão da pesquisadora sobre os desafios encontrados com relação ao enfrentamento de uma ONR e a percepção dos médicos sobre o assunto.

Se trata de um estudo preliminar sobre a indicação e aceitação de ONR aos médicos. A amostra dos participantes da pesquisa é pequena, formada por profissionais de diferentes especialidades de um mesmo hospital público do Paraná, portanto é importante que outros estudos sejam desenvolvidos para que se obtenha melhor e mais ampla avaliação sobre o tema em estudo.

A partir deste estudo, percebeu-se a dificuldade dos médicos em falar sobre o assunto, porém, evidenciou-se que acreditam na autonomia do paciente como fator fundamental para o processo de decisão, assim como a participação de familiares e equipe multidisciplinar. Condenam procedimentos desproporcionais diante de pacientes portadores de doenças terminais e possuem clara noção sobre a importância dos cuidados paliativos na prática médica. Este trabalho teve como objetivo compreender a percepção do médico sobre o tema e a forma como encaram ONR, porém, conforme dados apresentados, nos deparamos com problemas que abrangem não somente a ética, mas também a alçada jurídica da questão.

O que caracterizou essa pesquisa foi a busca por informações acerca da opinião dos médicos a respeito da implementação de ONR em pacientes terminais, haja visto que ainda não existe uma legislação efetiva e, portanto, esses profissionais, muitas vezes, têm problemas ao tomar esse tipo de decisão, principalmente quando envolve o desejo dos familiares e, em muitos casos, a existência de processos judiciais por conta desse assunto.

O processo de tomada de decisão relacionado a terminalidade da vida envolve uma série de questões culturais que dificultam o debate sobre o assunto, como o processo de negação da morte e o desejo de luta pela vida, custe o que custar.

No Brasil, ainda não existe uma tradição que valoriza a autonomia do paciente, como acontece nos EUA e, portanto, a decisão final, muitas vezes, acaba sendo tomada pela equipe médica, que busca sempre os ideais éticos para garantir

maior bem-estar e qualidade de vida ao paciente, bem como, a terminalidade de vida sem dor e sofrimento.

Essa pesquisa mostrou que a decisão de limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal de enfermidade grave e incurável deve ser decisão médica, sob consulta de paciente, quando este está apto a tomar decisões, e/ou familiares ou responsáveis.

Vale ressaltar que, o médico, ao sugerir a implementação de ONR em pacientes com quadro clínico terminal, tem que ter o conhecimento de tudo o que aconteceu, acontece e acontecerá com esse paciente, portanto, a aplicação da ONR não é uma escolha aleatória, mas sim, estudada. O profissional tem que conhecer os efeitos benéficos e colaterais de cada intervenção, bem como a possível evolução da doença, sendo capaz de identificar as condutas de limitação de suporte de vida que melhor atendam ao interesse do paciente.

A implementação da ONR não significa que a equipe médica deixar de prestar os cuidados e atenção devida ao paciente, mas que em um momento de parada cardiorrespiratória, a opção é não realizar a manobra de RCP, pois, caso o paciente sobreviva, seu sofrimento pode ser maior devido as sequelas que pode haver após o procedimento.

O médico tem o dever de sempre respeitar a opinião do paciente e de seus familiares, isso está dentro dos seus princípios éticos. Quando um médico ou hospital recorre a justiça é porque o caso precisa de uma atenção especial. O mesmo acontece quando um familiar entra com ação contra a tomada de decisão de um médico.

A decisão de implementação de ONR deve ser algo que comece a fazer parte da rotina médica, mas antes é necessário que haja uma legislação vigente para isso, para que, dessa forma, a equipe médica possa tomar as devidas decisões com respaldo legal, sem o receio de perda de seu registro médico por conta de um processos desnecessários.

A inserção de aulas práticas, debates e palestras sobre terminalidade da vida deve ser realizado de tal forma que comece a gerar interesse por parte dos

alunos e futuros médicos, pois, na pesquisa também foi observado que os profissionais não apresentaram interesse sobre o tema, apesar de ser fundamental para a prática clínica, é importante que o tema “terminalidade da vida” seja melhor abordado durante a graduação, não apenas no contexto teórico, mas, principalmente na prática, pois, grande parte dos entrevistados sentiram falta da prática em sala de aula, afirmando que só aprenderam a lidar com a situação após anos de experiência clínica.

Por fim, é necessário a difusão e a promoção de valores éticos universais e da virtude nos seres humanos para estabelecer uma base para a compreensão das atitudes e opiniões das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Sobre a ANCP**. História. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2014. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia>. Acesso em: 28 de maio de 2019.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
- ACHE KA, WALLACE LS, SHANNON RP. **Evaluation of limitation-of-medical: treatment forms used in emergency medicine residency programs in the United States**. J Emerg Med. 2011;41(6):713-7.
- ACKROYD R, RUSSONL, NEWELL R. **Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study**. Palliat Med.;21(2):139-44. 2007.
- ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Code of medical ethics**. Disponível: <http://bit.ly/2e6EmW1>. Acesso em: 30 de maio de 2019.
- ARIÈS P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves;1981.
- _____. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
- AZULAY TAPIERO A. **Los principios bioéticos: se aplican en la situación de enfermedad terminal?** An Med Interna (Madrid) 18(12):650-4. 2001.
- BATISTA KT, BARRETO FSC, MIRANDA A, GARRAFA V. **Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida**. Brasília méd 2009; 46(1):54-62.
- BATISTA, K.T.; SEIDL, E.F.S. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. **Com. Cienc. Saude**, v.22, n.1, p.51-60, 2011.
- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002. p. 218.
- BOEMER MR. **Sobre cuidados paliativos**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009 mai/jun; 43(3): 500-1.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. [Internet]. Brasília; 2001. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2019.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível: <https://bit.ly/1hBawae>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). **Censo Demográfico 2010 – características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2CxpgHa>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

BURKE, L.S. **Falando sobre a morte em uma das intervenções do assistente social**. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n2_morte.htm. Acesso em: 24 de maio de 2019.

CAMPOS MO, BONAMIGO EL, STEFFANI JA, PICCINI CF, CARON R. **Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes**. *Bioethikos*. 2012;6(3):253-9.

CHERNY NI, PORTENOY RK. **Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment**. *J Palliat Care*; 10:31-38. 1994.

CLEMENTE, R.P.D.S.; SANTOS E.H. **A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos**. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.53, n.2, p.231-236. 2007.

CLOTET, J. **Bioética: uma aproximação**. 2. Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** [Internet]. Diário Oficial da União. 31 ago 2012. Disponível: <http://bit.ly/207VBbw>. Acesso em: 12 de julho de 2019.

_____. **CFM atualiza resolução com critérios de diagnóstico da morte encefálica.** 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27329:2017-12-12-11-27-28&catid=3. Acesso em: 17 de julho de 2019.

CONFERENCE OF ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES IN THE UNITED KINGDOM. **Diagnosis of brain death.** BMJ 1976;ii:1187-8.

COLLATTO, P.N. ABSENTEÍSMO NO BLOCO CIRÚRGICO DO HNSC: DESMISTIFICANDO O SENSO COMUM. 39F. 2009. **Projeto de Conclusão do Curso de Especialização.** Grupo Hospitalar Conceição e à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Resolução n. 1.805/2006, de 9 de dezembro de 2006.** Publicada no Diário Oficial da União de 28 nov. 2006.

_____. **Política de transplantes levou à definição da morte encefálica.** 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27330:2017-12-12-11-52-18&catid=3. Acesso em: 28 de maio de 2019.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRACO, D.B. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro.** Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (3): 463-76.

DADALTO, L; **História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente.** Disponível em: <https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>. Acesso em 24 de maio 2019.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** São Paulo: Saraiva, 2001 .

EMANUEL EJ, KASS FC. **Ethical aspects of caring for patients with cancer.** In: Holland JF, Bast RC Jr, Morton DL, Frei III E, Kufe DW et al. editors. Cancer medicine. 4th ed. Baltimore: Williams&Wilkins,; 1405-22. 1997.

FERNANDES, Maria Andréa et al . Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2589-2596, Sept. 2013 .

FINKLER, M.; CAETANO, LC.; RAMOS, FRS. **Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):3033-3042, 2013.

FRANÇA, D. et al. **Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros**. *Revista Bioética*, v.18, n.2, p.469- 481. 2010.

GAFO FERNÁNDEZ, Javier. **10 palavras-chave em bioética**. Trad. Maria Luisa Garcia Prada. São Paulo: Paulinas, 2000.

GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.1-42.

GAUDENCIO D, MESSEDER O. **Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs**. *Ciência e Saúde Coletiva*.;16(1):813-20. 2011.

GAUER GC, BORGES GS, VASCONCELLOS SJL, ÁVILA GN, ÁVILA GA, FERREIRA VRT, RONCHETTI R. **Determinando a competência dos pacientes em tomadas de decisões quanto aos seus tratamentos**. *Rev Eletr SORBI*. 2006.

GIRGIS A, SANSON-FISHER RW. **Breaking bad news: consensus guidelines for medical practioners**. *J Clin Oncol*; 9:2449-56. 1995.

GONÇALVES, J.A.S.F. **A Boa Morte: Ética no fim da vida**. 251f. 2006. Dissertação (mestrado). FMUP. Porto, 2006.

GRACIA D. **La deliberación moral: el método de la ética clínica**. *Med Clín*. 2001;117(1):18-23.

GRACIA D: **Procedimientos de dicisión em ética clínica**. Madrid: Eudema, 1991.

GUIMARÃES, Hélio Penna et al. **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar**. *Revista Brasileira Clínica Médica*, São Paulo, p.177-187, 28 abr. 2009.

GUIMARÃES, M.R.; MOREIRA, L.H.; OLIVEIRA, R.H.L.G.; MAGALHÃES, S.R. **Revisão de literatura: reanimação cardiopulmonar**. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v.5, n. 1, 2015, p. 3-12.

HOOK CC, KOCH KA. **Ética da ressuscitação**. Clin Terapia Intensiva;1:137-49. 1996.

HOSSNE WS. **Competência do médico**. in Segre M e Cohen C. Bioética.Edusp, 3ª Ed.São Paulo. 2002.

INSTITUTO PALIAR. **Cuidados paliativos**. 2019. Disponível em: <https://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>. Acesso em: 17 de julho de 2019.

JAUL E, ZABARI Y, BRODSKY J. **Spiritual background and its association with the medical decision of, DNR at terminal life stages**. Arch Gerontol Geriatr. 2014;58(1):25-9.

KIND L. **Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida a definição de morte cerebral**. Hist Ciênc Saúde - Manguinhos. 2009; 16: 13-34.

KIRA CM, MONTAGNINI M, BARBOSA SMM. **Educação em cuidados paliativos**. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008. p. 595-612

KOVÁCS MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP. 2003;14(2):115-67.

KUBLER-ROSS E. **Living with death and dying**. New York: Touchstone; 1981

LIMA, M.L.F. **Bioética e o fim da vida: o debate sobre a tomada de decisão, às portas do infinito**. 72F. 2013. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios. Cuidado paliativo**, CREMESP, 2008; (1-I), p. 18-21.

MARTIN LM. **A ética médica diante do paciente terminal**. 1ª ed. Aparecida: Santuário; 1993.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MESQUITA AAB, MARANGÃO VP. **A equipe multiprofissional diante do processo de morte e morrer da criança hospitalizada** [monografia]. Campos Gerais: Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais; 2008.

METAXA V, LAVRENTIEVA A. **End-of-life decisions in burn intensive care units – an international survey**. *Burns*. 2015;41(1):53-7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOHALLEM; RODRIGUES. **Enfermagem Oncológica**. Barueri, SP: Manole, 2007.

MONTEIRO, R.S.F.; SILVA JUNIOR, A.G. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev. bioét. (Impr.)*; 27 (1): 86-97. 2019.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORATO, E.G. **Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização**. *Rev Med Minas Gerais* 2009; 19(3): 227-236.

NICOLA, C. “Bioética em Cuidados Paliativos”, in **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003: 498]

ONU. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International**. Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

OSELKA G, **Aspectos éticos da ressuscitação cardiopulmonar**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.47 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2001

OYAMA, T. **O duro exercício do Adeus**. IN: *Revista Veja*: São Paulo, 1999. P.p.78
Publicação em 06/10/99.

PELLEGRINO ED. **Bioethics at the century's turn: can normative ethics be retrieved?** *J Med Philos*. 2000;25(6):655-75.

PENTZ RD, LENZI R, HOLMES F, KHAN MM, VERSCHRAEGEN C. **Discussion of the do-not-resuscitate order: a pilot study of perceptions of patients with refractory cancer.** Support Care Cancer. 2002;10(8):573-8.

PESSINI, L.; **Bioética: L'uomo sperimentale.** Milano, Edizione Bruno Mondadori,; 144-59, 1999.

_____. BERTACHINI, L. **Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.** In: PROGRAMA DE BIOÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Org.) Acta Bioethica. Santiago del Chile: OPS/OMS, 2006. p.231-42.

_____. **Cuidados Paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2(a)ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007.

PESSINI L, BERTACHINI L. **O que entender por cuidados paliativos?** 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2006.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment.** Washington, DC: US Government Printing Office, 1983.

PUTZEL, Elzio Luiz; HILLESHEIN, Klisman Drescher; BONAMIGO, Elcio Luiz. **Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos.** Rev. Bioét., Brasília , v. 24, n. 3, p. 596-602, Dec. 2016 .

RANDALL F, DOWNIE RS. **Clinical treatment decisions.** Em: Randall F, Downie RS. Palliative care ethics. Oxford: Oxford University Press;109-137. 1996.

RICHARDSON DK, ZIVE D, DAYA M, NEWGARD CD. **The impact of early do not resuscitate (DNR) orders on patient care and outcomes following resuscitation from out of hospital cardiac arrest.** Resuscitation. 2013;84(4):483-7.

RINALDI, D. **A finitude humana: algumas reflexões sobre o tema da morte.** In: Serviço Social e Sociedade nº 51. Editora Cortez, 1996.

SANCHEZ Y SANCHES, K.M. **Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

SANTONOCITO C, RISTAGNO G, GULLO A, WEIL MH. **Do-not-resuscitate order: a view throughout the world**. J Crit Care. 2013;28(1):14-21.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

SARAMAGO J. **As intermitências da morte**. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.

SCHMIDT TA. **Moral moments at the end of life**. Emerg Med Clin North Am 2006; 24(3):797-808.

SCHRAMM FR. **Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos**. Rev Bras Cancerol 2002;48(1):17-20.

SELLI ML, ALVES JS. **Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem**. Rev Lat Am Enfermagem 2009; 17(4):1-6.

SIQUEIRA-BATISTA R. **Eutanásia e compaixão**. Rev Bras Cancerol 50(4): 334-40. 2004.

SIQUEIRA, J.E. Educação médica em bioética. **Rev. Bras. Bioet.**, v.3, n.3, p.301-27, 2007.

SOUSA ATO, FRANÇA JRFS, SANTOS MFO, COSTA SFG, SOUTO CMRM. **Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética**. Rev Cubana Enferm. 2010; 26(3):123-35.

SOUZA, L.B.; SOUZA, A.M.A.; SOUZA, L.E.E.M. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.6, p.731-4, 2005.

TAPIERO AA. **Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas**. An Med Interna;21(7):355-8, 2004.

THOMASMA D: **Training in medical ethics: an ethical work-up**. Forum on Medicine 1: 36-40, 1978.

TORREÃO, L.A.; REIS, A.G.A.C.; TROSTER, E.J.; OSELKA, G. **Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário.** *Jornal de Pediatria* - Vol. 76, Nº6, 2000.

TRIGUEIRO, T. H. et al. **Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação.** *Cienc Cuid Saude.* v.9, n.4, out/dez. p.721-727. 2010.

URBAN, C.A. et al. Eutanásia, suicídio assistido e cuidados na fase terminal da vida na visão de médicos oncologistas. **RUBS**, v.1, n.2, p.72-8, 2008.

VADEBONCOEUR CM, SPLINTER WM, RATTRAY M, et al. **A paediatric palliative care programme in development: trends in referral and location of death.** *Arch Dis Child* 2010;95(9):686-9.

VAN DELDEN JJM, LÖFMARK R, DELIENS L, BOSSHARD G, CECIONI R, VAN DER HEIDE A *et al.* **Do-not-resuscitate decisions in six European countries.** *Crit Care Med.* 2006;34(6):1686-90.

VANE, M.F.; POSSO, I.P. Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. **Rev. Dor**, v.12, n.1, p.39-45, 2011.

VASCONCELOS, T.J.Q.; IMAMURA, N.R.; VILLAR, H.C.E.C. O impacto da resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. **Rev. Bioet.**, v.19, n.2, p.501-22, 2011.

VILLAS-BÔAS ME. **A ortotanásia e o direito penal brasileiro.** *Rev Bioet* 2008; 1(16):61-83.

WIJDICKS EFM, RABINSTEIN AA, MANNO EM, ATKINSON JD. **Pronouncing brain death: contemporary practice and safety of the apnea test.** *Neurology.* 2008; 71: 1240-4.

WILSON, D. M.; CABE-WILLIAMS, B. E. **Death in modern society.** In: WALSH, D. et al. *Palliative Medicine. [An Expert Consult Title].* Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p.8-13.

WHO. **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.** Geneva: World Health Organization; 2016.

ANEXO I**Questionário realizado com os médicos de um Hospital no Paraná.**

1. Qual sua opinião sobre a decisão de implementar a ONR na prática médica?
2. Em quais circunstâncias clínicas você considera adequado a aplicação de ONR?
3. Em sua opinião pessoal, quais pessoas devem participar do processo de tomada de decisão em casos de pacientes portadores de doenças terminais?
4. Em pacientes sob seus cuidados, considerando situações em que exista divergência de opiniões entre você/paciente e familiares sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados, como você conduz a tomada de decisões?
5. Para suas decisões clínicas que envolvam pacientes portadores de enfermidades terminais, você costuma levar em conta as Resoluções emitidas pelo CFM sobre o tema? Cite, por favor, uma situação de sua experiência pessoal em que isso se deu.
6. Qual sua opinião sobre redução de esforços terapêuticos e diretivas antecipadas de vontade do paciente?
7. Qual sua percepção pessoal a respeito de decisões judiciais que interferem sobre o exercício da medicina?
8. Opine, por favor, sobre os conteúdos que você recebeu durante seu período de graduação sobre os temas: Código de Ética Médica, Resoluções do CFM, deontologia, bioética, deliberação clínica, autonomia de médico e paciente, terminalidade da vida.

ANEXOII

HOSPITAL NORTE
PARANAENSE - ASSOCIAÇÃO
NORTE PARANAENSE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS BIOÉTICOS NA ORDEM DE NÃO REANIMAÇÃO: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS MÉDICOS

Pesquisador: FERNANDA LOPES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04957418.7.0000.8017

Instituição Proponente: ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.102.338

Apresentação do Projeto:

Projeto de defesa de mestrado, sem apresentação de conflitos de interesse;

Objetivo da Pesquisa:

Claros e bem definidos;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A) Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários ou evitáveis, e se estão bem descritos no projeto;

B) Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos ocorridos;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários presentes e adequados;

Folha de rosto, corrigida e devidamente assinada pelo pesquisador;

Recomendações:

Não há;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há;

Endereço: PR-218 SAIDA PARA ASTORGA, ROD PR 218, KM 01

Bairro: JARDIM UNIVERSITARIO **CEP:** 86.702-670

UF: PR **Município:** ARAPONGAS

Telefone: (43)3275-0200

Fax: (43)3275-0200

E-mail: comissoes@honpar.com.br

HOSPITAL NORTE
PARANAENSE - ASSOCIAÇÃO
NORTE PARANAENSE DE



Continuação do Parecer: 3.102.338

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1065183.pdf	26/12/2018 10:13:13		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	26/12/2018 10:12:58	FERNANDA LOPES DOS SANTOS	Aceito
Outros	autorizacao_fernanda.pdf	20/12/2018 15:19:22	FERNANDA LOPES DOS SANTOS	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	20/12/2018 15:16:52	FERNANDA LOPES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_fer.docx	20/12/2018 15:16:27	FERNANDA LOPES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_fernanda.pdf	20/12/2018 15:16:07	FERNANDA LOPES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAPONGAS, 26 de Dezembro de 2018

Assinado por:
ADÉLIA MARIA DOS SANTOS REBELATO
(Coordenador(a))

Endereço: PR-218 SAÍDA PARA ASTORGA, ROD PR 218, KM 01
Bairro: JARDIM UNIVERSITÁRIO CEP: 86.702-670
UF: PR Município: ARAPONGAS
Telefone: (43)3275-0200 Fax: (43)3275-0200 E-mail: comissoes@honpar.com.br

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “*Aspectos bioéticos na ordem de não reanimação: uma análise da percepção e conhecimento dos médicos*”. Neste estudo tenho como objetivo a identificação dos principais dilemas éticos dos médicos frente a ONR. Para este estudo será realizado uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, para que seja possível integrar a pesquisa com a prática profissional, assim como contribuir com conteúdo para conhecimento do assunto, e posteriormente um estudo qualitativo. Será realizado uma entrevista, da qual, será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. O trabalho apresenta mínimos riscos, com possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente. Quanto aos benefícios, o presente estudo contribuirá ao estudar e identificar a percepção dos médicos no cumprimento de ONR, contribuindo também com a sociedade sobre esse posicionamento dos conflitos éticos. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) senhor (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos

objetivos do estudo " _____", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Arapongas, _____ de _____ de 2018.

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável (nome)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável: Fernanda Lopes dos Santos

Fone: (43) 99161-9099

e-mail: fernanda_arapa@gmail.com

Comite Ética em Pesquisa - Hospital Norte do Paraná – HONPAR

Endereço: Rodovia PR 218, Km 01, S/n

Jardim Universitário, Arapongas – PR,

CEP: 86702-670

Fone: (43) 3275-0200 (ramal: 600)

e-mail: cep@honpar.com.br