

## Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros

Daniela França  
Guilhermina Rego  
Rui Nunes

**Resumo** O artigo discute a *Ordem de Não Reanimar (ONR)*, temática que tem suscitado várias questões éticas no exercício da prestação dos cuidados de saúde. Baseado em pesquisa empreendida em dois hospitais com especialidade oncológica no Norte e no Sul de Portugal, o estudo teve como finalidade conhecer os principais dilemas éticos invocados pelos profissionais de enfermagem pelo fato de não existir uniformização quanto a esta decisão naquele país. A partir de amostra constituída por 231 enfermeiros que atuam em serviços afins enfatizou-se o posicionamento a respeito da tomada de decisão de ONR no doente terminal, bem como as questões relativas a quem tem conhecimento sobre a mesma, assim como suas formas de registro e reavaliação. Além de caracterizar esse processo, este estudo pretendeu evidenciar qual o pensamento e atitude dos enfermeiros portugueses perante o doente com ONR.

**Palavras-chave:** Ordem de Não Reanimar (ONR). Doente terminal. Enfermagem. Direito a morrer.



**Daniela França**  
Mestre em Bioética e enfermeira  
no Instituto Português de  
Oncologia do Porto, Portugal

Vivemos atualmente num mundo da tecnociência, cuja evolução atingiu progressos extraordinários. Em consequência, surge um dilema ético, a *distanásia*, que afeta a prática diária dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros. Esse contexto motivou o presente estudo, orientando-o para o tema da *Ordem de Não Reanimar (ONR)* o doente terminal.

Também, e porque se observou uma ausência de linhas orientadoras sobre a ONR em Portugal, sentiu-se a necessidade de suscitar o debate sobre esta temática. Desse modo, elegeram-se como objetivos identificar os principais dilemas éticos dos enfermeiros ante a ONR. Para tanto, foram abordadas questões associadas à tomada de decisão, quem tem conhecimento da mesma, onde é registrada e sua reavaliação. As atitudes dos enfermeiros perante o doente com ONR também foram analisadas. O estudo elegeu como ponto nuclear de investiga-

**Guilhermina Rego**

Professora auxiliar de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

**Rui Nunes**

Professor catedrático de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

ção a resposta à seguinte questão: quais são os dilemas éticos dos enfermeiros perante a Ordem de Não Reanimar o doente terminal?

Tal preocupação justifica-se pelos argumentos já apresentados e, portanto, por sua pertinência e atualidade. Trata-se de uma questão de nível I, cujas respostas foram obtidas mediante a aplicação de questionário dirigido a profissionais de enfermagem que trabalham em internamento (medicina, cirurgia e cuidados continuados) e que, nessa condição, frequentemente enfrentam tal realidade.

**Fundamentação**

Com o passar do tempo e rumo à nossa realidade mais atual, a visão da morte foi-se alterando porque a nossa própria cultura também se alterou. Nesse contexto, o próprio hospital da atualidade, mesmo na sua estrutura física, está essencialmente vocacionado para a evolução tecnológica com a intenção de tratar ativamente a doença. No entanto, quando isso não é possível e o doente se aproxima da morte este mesmo hospital raramente está preparado para cuidar do seu sofrimento no fim de vida <sup>1</sup>.

Surge, assim, embora erradamente, a obstinação terapêutica como consequência dos extraordinários avanços obtidos. Esta (...) *é considerada como o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevida ou de qualidade de vida* <sup>2</sup>. Cabe ao profissional de saúde que cuida do doente avaliar a sua situação específica e atuar segundo as *leges artis*.

Assim, como refere Rui Nunes, (...) *no quadro de uma doença irreversível e terminal, as Ordens de Não Reanimar são eticamente legítimas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada* <sup>3</sup>. A idade

do doente parece ter também alguma influência na tomada desta decisão, como demonstra estudo realizado por Zigmond e colaboradores, que evidenciou que as ONR são muito pouco observáveis nos doentes mais jovens (menos de 1% nos com menos de 50 anos de idade) <sup>4</sup>.

De acordo com a descrição anterior, parece tratar-se de decisão que deve ser tomada pelo médico assistente com a colaboração da equipe médica, da equipe de enfermagem, do doente e sua família. A propósito, Araújo e Araújo defendem que *a decisão de não reanimar caberá sempre a um médico qualificado pela carreira médica e pelos seus conhecimentos sobre o doente crítico após análise e discussão com outros membros da equipe* <sup>5</sup>. No atinente à participação do doente, Nunes refere que *a decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento num doente competente deve ser efetuada envolvendo ativamente o paciente no processo de decisão (se for a sua vontade)* <sup>3</sup>. Quanto à participação da equipe de enfermagem Saraiva afirma que *provavelmente eles consideram que mais do que poder, devem participar nessa tomada de decisão, porque durante as 24 horas de um dia, enfermeiro e doente relacionam-se de uma forma íntima e próxima, o que os pode levar a sentir que embora legalmente não possam prescrever, devem eticamente serem ouvidos* <sup>6</sup>.

Outros passos importantes complementam a tomada de decisão da ONR. Trata-se do registo, conhecimento e reavaliação desta decisão, passos com especificidades próprias. Laureano Santos explica que *no termo das doenças irreversíveis não deve haver lugar para a reanimação cardíaca e respiratória (...)* Quando é possível

*conhecer as situações com antecipação há vantagem em que toda a equipe conheça a existência de instruções de não reanimação, às quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “não reanimar” no processo clínico* <sup>7</sup>. No que concerne ao conhecimento a respeito da ONR considera-se que após a tomada de decisão o doente e a sua família também devem ter conhecimento da mesma <sup>5</sup>. É imperioso que as ONR sejam diariamente renovadas, documentadas e justificadas <sup>2</sup>.

Relativamente ao papel da enfermagem perante o doente com ONR, este trabalho abordou três questões específicas: a) a objeção de consciência; b) a *conspiração de silêncio*; c) as atitudes dos enfermeiros.

O incremento dos conhecimentos teóricos que fundamentam a prática de enfermagem tem promovido maior autonomia dos enfermeiros no seio da equipe multidisciplinar. Hoje, são reconhecidos por seus pares e outros profissionais como parceiros que em muito contribuem para a promoção do bem-estar do doente. Desse modo, o seu direito a ser objetor de consciência baseia-se não só em razões de consciência, mas também em conhecimentos sólidos, profundos e atualizados <sup>8</sup>.

No que concerne à *conspiração de silêncio*, prática ainda observável em muitos locais de trabalho, o enfermeiro é colocado em posição bastante delicada e com poucas armas para ajudar o doente: *na comunicação de más notícias, e especialmente na comunicação de um prognóstico negativo, a informação dada ao paciente é muitas vezes “limitada” pelos médicos por considerarem que o*

*paciente não deseja saber esta informação ou por considerarem que esta poderá ser prejudicial* <sup>9</sup>.

Perante o variado conjunto de dilemas éticos que o fim de vida do doente suscita, o enfermeiro sente-se muitas vezes *encurralado*. Segundo Pacheco, (...) *a atitude mais comum do enfermeiro é, então, muitas vezes desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga. Limita-se, por exemplo, a prestar cuidados apressados, o que pode ajudar a ser capaz de controlar os seus sentimentos ou a ter atitudes ritualizadas e bloqueadoras da relação interpessoal* (...) <sup>10</sup>.

A procura incessante da negação da morte próxima conduz ao isolamento e silêncio no cuidar dos pacientes, muitas vezes isolados, acabando, frequentemente, por morrerem sozinhos. No entanto, os cuidados de enfermagem devem ir muito além da parte física do paciente; devem passar em simultâneo por seu acompanhamento nesta fase tão difícil.

Conclui-se, portanto, que a ciência evolui constantemente e a enfermagem, por seu turno, tem tentado adaptar-se a essa evolução. Porém os dilemas éticos subsistem, sendo por vezes difícil criar uma linha orientadora uniforme para a prática diária.

## **Materiais e método**

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de nível I. Para esse efeito, foram arbitradas cinco questões de investigação, de modo a responder à indagação inicial da investigação. São elas:

- Quando é tomada a decisão da ONR?
- Quais os condicionantes na tomada de decisão da ONR?
- Quem frequentemente toma a decisão, quem participa/ajuda e quem tem conhecimento da ONR?
- Como é registrada e reavaliada a ONR?
- Quais as atitudes dos enfermeiros quanto à ONR?

O meio escolhido para a realização deste estudo foi o próprio local de trabalho dos enfermeiros inquiridos. O processo de amostragem utilizado foi intencional, e os critérios de inclusão foram censitários para o grupo/local estudado, ou seja, todos os enfermeiros que trabalhassem em internamento (medicina, cirurgia e cuidados continuados) com doentes terminais em hospital de especialidade oncológica. Ressalte-se que neste estudo se optou por hospitais de especialidade em Oncologia por duas razões. Por um lado, considerou-se que a amostra seria muito rica, visto o cancro ser a segunda causa de morte em Portugal <sup>11</sup>. Em contrapartida, considerou-se o aumento de doentes em fase terminal, que ocorre nessas unidades em consequência do avanço tecnológico. Assim, foram selecionados dois hospitais com especialidade oncológica no Norte e no Sul de Portugal, podendo-se, desta forma, referir que o estudo foi desenvolvido no meio natural.

A amostra é constituída por 231 enfermeiros desses dois centros de Oncologia que exercem funções no internamento (medicina, cirurgia e cuidados continuados). Utilizamos como instrumento de colheita de dados o questionário, apresentado ao final. Após obtidos os dados

recorremos ao seu tratamento pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

## Apresentação e discussão dos resultados

Dos 231 enfermeiros que integraram a amostra, aproximadamente 82% (190) são do sexo feminino e 18% (41) do masculino. Esses números parecem estar em conformidade com o usualmente referido na literatura: *a maioria dos historiadores concorda que a Enfermagem – ou os cuidados de enfermagem proporcionados a pessoas doentes ou feridas – foi praticada desde as origens da vida humana e que este era um papel geralmente atribuído à mulher*<sup>12</sup>. Trata-se de amostra muito jovem, quer em idade quer em tempo de atividade profissional, sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima de 57 anos. A média de idades é de aproximadamente 30 anos (29,93).

Relativamente à ONR, esta decisão é tomada frequentemente em relação ao doente em fase terminal (184 respostas). A maioria dos enfermeiros pesquisados (55,4%) considera que a idade do doente interfere na tomada de deci-

são. De acordo com a literatura, a tomada de decisão deve ser efetuada mediante conhecimentos científicos e exames complementares que demonstrem a irreversibilidade de uma doença terminal<sup>13</sup>, afirmando Bedell e colaboradores que os pacientes indicados à ONR eram significativamente mais velhos<sup>14</sup>. Os principais aspectos considerados na tomada de decisão são a confirmação científica de um estado avançado e irreversível da doença (95,2%; 220 respostas) e a situação clínica do doente naquele específico momento (62,8%; 145 respostas). Também de acordo com o referido por Souza (...) *a decisão deve basear-se em considerações clínicas e prognósticas*<sup>15</sup>.

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% (100) das vezes sempre pelo médico assistente, com a participação e ajuda da equipe médica (sempre = 64,1%), do doente quando competente (sempre = 49,4%) e da equipe de enfermagem (sempre = 40,3%). Esses resultados são detalhados nos quadros seguintes:

Quadro I – Frequências e percentagens referentes à questão *quem toma a decisão da ONR*

Quem toma a decisão da ONR	Nunca		Com pouca frequência		Com frequência		Com muita frequência		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diretor de serviço	88	38,1	90	39,0	30	13,0	17	7,4	6	2,6
Médico assistente do doente	7	3,0	4	1,7	28	12,1	92	39,8	100	43,3
Equipe médica	19	8,2	24	10,4	52	22,5	74	32	62	26,8
Equipe de enfermagem	193	83,5	31	13,4	2	0,9	2	0,9	3	1,3

continua

Quadro I. continuação

Outros integrantes da equipe multidisciplinar	202	87,4	21	9,1	3	1,3	4	1,7	1	0,4
Doente (quando competente)	140	60,6	77	33,3	9	3,9	2	0,9	3	1,3
Família do doente	157	68,0	68	29,4	4	1,7	0	0,0	2	0,9
Outro	228	98,7	0	0,0	1	0,4	1	0,4	1	0,4

Esses resultados estão de acordo com o descrito por Araújo e Araújo, que defendem que *a decisão de não reanimar caberá sempre a um médico qualificado pela carreira médica e pelos seus conhecimentos sobre o doente crítico após análise e discussão com outros membros da equipe*<sup>5</sup>. Perante a participação do doente, Nunes afirma que *a decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento num doente competente deve ser efetuada envolvendo ativamente o*

*paciente no processo de decisão (se for a sua vontade)*<sup>3</sup>. A esse propósito Ballin e Gjersoe verificaram, num estudo levado a cabo em enfermarias dinamarquesas, que (...) *pacientes competentes internados foram 'sempre' perguntados em 20 casos (14%), 'frequentemente' em 34 (23%), 'raramente' em 59 (43%) e 'nunca' em 12 (9%) antes da decisão sobre a ONR*<sup>16</sup>. Esses resultados, porém, não se encontram de acordo com os achados de nossa pesquisa.

Quadro II – Frequências e percentagens referentes à questão *quem participa na tomada de decisão da ONR*

Quem participa na tomada de decisão da ONR	Nunca		Com pouca frequência		Com frequência		Com muita frequência		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diretor de serviço	87	37,7	35	15,2	50	21,6	23	10,0	36	15,6
Médico assistente do doente	19	8,2	2	0,9	14	6,1	48	20,8	148	64,1
Equipe médica	28	12,1	4	1,7	15	6,5	58	25,1	126	54,5
Equipe de enfermagem	45	19,5	13	5,6	34	14,7	46	19,9	93	40,3
Outros integrantes da equipe multidisciplinar	91	39,4	44	19,0	45	19,5	21	9,1	30	13,0
Doente (quando competente)	41	17,7	14	6,1	32	13,9	30	13,0	114	49,4
Família do doente	58	25,1	28	12,1	45	19,5	27	11,7	73	31,6
Outro	229	99,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9

Quase a totalidade dos enfermeiros inquiridos (92,6%) considera que a sua opinião deve ser levada em consideração na tomada de decisão da ONR, justificando que:

- O enfermeiro é um elemento da equipe multidisciplinar que poderá conhecer melhor o doente e o seu contexto familiar e social (186 respostas);
- O enfermeiro é um elemento de profissionais de saúde que presta cuidados diretos ao doente, proporcionando proximidade entre eles (166 respostas);
- O enfermeiro tem condições para que o doente partilhe os sentimentos e vontades mais significativos” (145 respostas).

De acordo com Susana Pacheco, *é ainda o enfermeiro a pessoa da equipe de saúde que mais se preocupa em atender ao doente como pessoa e mais aprende com a família que, mais do que ninguém, conhece geralmente bem o doente e sabe quais as suas convicções, ideologias e preferências*<sup>8</sup>. Para além de permanecerem mais tempo na companhia dos doentes, são eles os elementos da equipe que prestam mais cuidados diretos, adotando posição privilegiada na equipe<sup>8</sup>. Estudo realizado por De Gent verificou que para se tomar apropriadamente a decisão da ONR os enfermeiros devem ser envolvidos desde o início<sup>17</sup>.

Outra questão colocada foi: *após a tomada de decisão da ONR quem tem conhecimento da mesma*. Os resultados obtidos sugerem que a maioria dos enfermeiros considera que o médico assistente (73,6%), a equipe de enfermagem (70,6%) e a equipe médica (55,0%)

tomam sempre conhecimento – no entanto, os demais integrantes da equipe multidisciplinar são inteirados dessa decisão com pouca frequência (30,3%). Quanto ao diretor de serviço, as opiniões dividem-se entre o *nunca*, com 26%, e o *sempre*, com 21,2%.

De acordo com a literatura, perante um doente em fase terminal a aplicação da reanimação é frequentemente considerada tratamento fútil<sup>18</sup>, daí a vantagem de se identificar esta situação ao tempo certo e de toda a equipe ter conhecimento da ONR<sup>7</sup>. Os enfermeiros consideram que, em geral, os pacientes, mesmo quando competentes, nunca têm conhecimento sobre a decisão da ONR (44,6%) ou a têm com pouca frequência (40,3%), bem como suas famílias. Araújo e Araújo defendem que (...) *a decisão de não ressuscitar ou de suspender as manobras de RCR é um julgamento médico que, no nosso entender, não pode dispensar a informação à família e se possível ao doente*<sup>5</sup>.

Segundo a maioria dos enfermeiros (85,3%; 197 respostas), a ONR é escrita no prontuário, indicando com 80 respostas (34,6%) que consta das prescrições terapêuticas, resultados esses de acordo com a literatura, ou seja, que a informação sobre a ONR deve constar no prontuário<sup>7</sup>. No entanto, 33 respostas (14,3%) indicaram que era *apenas comunicada oralmente*, o que não está em conformidade com os padrões de atuação internacionalmente aceitos. A não indicação em prontuário da ONR abre uma lacuna na abordagem do doente por outros profissionais de saúde, quer numa urgência quer na presença de alguém

que desconheça essa decisão. Tal atitude não é considerada adequada, pois levanta muitas dúvidas e pode conduzir à prática da obstinação terapêutica pela falha na transmissão de informação e por esta não se encontrar registrada. Ou seja, a importância do registro apropriado da informação da ONR permite seu uso como orientação perante a abordagem do doente em parada cardiorrespiratória (PCR) por qualquer profissional, principalmente nos casos de urgência, onde o profissional pode não conhecer o doente, o que o leva, nessas situações, a dúvidas acerca de sua atuação <sup>2</sup>.

É importante assinalar que 65,4% dos inquiridos, ou 151 respostas, indicaram que essa decisão não é posteriormente reavaliada. De acordo com alguns autores, é imperioso que as ONR sejam diariamente renovadas, documentadas e justificadas <sup>2</sup>.

Para conhecimento das atitudes dos enfermeiros em relação à ONR, foram postas algumas questões. A primeira indagava qual a sua atuação no caso de um doente terminal ter uma PCR e não ter ONR. A maioria dos enfermeiros (74,9%; 173 respostas) indicou que contatava o médico de urgência/permanência, e 36 inquiridos (15,6%) responderam que não reanimariam o doente. A este propósito, a maioria dos autores referem que deve ser o médico o responsável por decidir sobre a ONR. Contudo, essas situações extremas deveriam ser mitigadas, haja vista que a opção atempada da ONR poderia evitar a angústia da decisão no momento da PCR. Não reanimar o doente em fase terminal seria possivelmente a atuação mais direta, que evitaria a

obstinação terapêutica. No entanto, os enfermeiros majoritariamente optam por outras atitudes, muito provavelmente por considerarem que não devem ser os responsáveis por tomar a decisão. Sem dúvida, este é um dos maiores dilemas éticos ligados à problemática da não reanimação <sup>8</sup>.

Questionou-se, também, se em alguma situação o enfermeiro teria considerado que a ONR era inapropriada para um doente específico. A respeito, apenas 20,8% (48) disseram sim. Ao se refazer a questão perguntando-se aos enfermeiros se consideravam que um doente deveria ter ONR e não a tinha, o quadro inverteu-se: 84,8% (196) responderam sim. Foi possível perceber que aqueles que afirmaram que sim, em ambas as situações, comunicaram-se com outros integrantes da equipe de enfermagem (de forma a descobrir a sua opinião) ou o fizeram com a equipe multidisciplinar. Nesse sentido, Margarida Vieira refere que (...) *se compreenderá que a decisão de “não reanimar”, se tomada unilateralmente pelo médico que a prescreve, pode colocar o enfermeiro perante o dilema de ter que optar entre o dever de cumprir a prescrição médica e o dever de agir salvaguardando o que, em consciência, entende ser o melhor interesse do doente ao seu cuidado* <sup>19</sup>.

A maioria dos enfermeiros (92,2%) considera que mesmo quando ocorre a decisão pela ONR são tomadas outras medidas terapêuticas desproporcionadas para com esse doente, o que pode estar revelando quadros que tendem à obstinação terapêutica. Essas atitudes, que não devem ser tomadas em prol do pró-

prio paciente, são referenciadas por número esmagador dos enfermeiros pesquisados, que apontam o uso de medidas terapêuticas desproporcionadas após a tomada de decisão de ONR. Tal situação reafirma a dificuldade que, na prática, se sente em determinar o que sejam medidas desproporcionadas, fúteis ou extraordinárias para um doente e a propensão natural que existe em tudo fazer pela manutenção de sua vida, ao invés de deixar a doença seguir seu curso natural<sup>19,20</sup>.

Perante o doente com ONR as principais atitudes descritas pelos enfermeiros são: presta os cuidados de conforto várias vezes (58,9%; 136 respostas); atua de igual forma com o doente (57,6%; 133 respostas); envolve-se com o doente, comunicando-se com ele sempre que possível (43,3%; 100 respostas); tenta dar privacidade ao doente mediante meios físicos (41,1%; 95 respostas). Considerando o que a literatura evidencia a respeito, importa nesses casos passar a prestar o que se poderia designar como *cuidados mínimos*, isto é, cuidados de higiene e conforto, alimentação, hidratação, posicionamentos e massagens. É preciso tentar evitar a todo o custo o isolamento do doente, referido na literatura como sendo um comportamento frequentemente adotado nos hospitais, nos quais o doente é colocado em salas isoladas ou, simplesmente, corre-se a cortina – o que, muitas vezes, redundava em que o paciente morra sozinho<sup>21,22</sup>.

A maioria dos enfermeiros (64,9%) refere nunca ter mentido/omitido ao doente a prescrição ONR. De acordo com Beauchamp e Childress, existe a obrigação básica de nunca

mentir ao doente<sup>23</sup>. As justificativas dos 33,8% que responderam de maneira oposta foram: porque considerou ser o melhor para o doente - 45 respostas; por vontade da família, que prefere que o doente não tenha conhecimento sobre a ONR - 41 respostas; por não se sentir à vontade para falar sobre ONR com o doente - 26 respostas; por imposição do médico do doente em que não se fale sobre ONR - 11 respostas; e porque achou que o doente não devia ser informado sobre ONR - 11 respostas. De fato, como refere Lanita Pires, *o cerne dos cuidados de enfermagem parece-me ser, efetivamente, a pessoa humana, presumindo uma relação com base na verdade*<sup>24</sup>, que se pretende seja sempre estabelecida com o doente que se cuida.

Cruzou-se esta variável também com o local onde o enfermeiro exerce a sua atividade profissional. Todos os enfermeiros que trabalham nos cuidados continuados referem nunca ter mentido/omitido ao paciente quando questionados pelo próprio sobre isso. Tal como descrito na literatura, o fato de existir maior transparência de informação neste serviço facilita também a comunicação aberta e verdadeira por parte dos enfermeiros.

Quis-se conhecer ainda a atuação do enfermeiro quando o médico não comunica a ONR ao doente, visto que, de acordo com Marie Hennezel, nem sempre os médicos são partidários da verdade, ou pelo menos da verdade total<sup>25</sup>. Consoante à opção que o enfermeiro dizia a verdade quando questionado pelo doente, a maior parte das respostas foram no sentido de que o enfermeiro buscava o médico

assistente quando verificava a insistência do paciente em saber a verdade. Tal atitude reforça a perspectiva de que a comunicação em equipe é a melhor maneira de atuar para que o doente tome conhecimento de sua situação da forma mais correta e não a descubra por outros meios.

A respeito desse mesmo questionamento é importante considerar, porém, que, por vezes, o enfermeiro não consegue agir em favor do paciente e que dizer a verdade em função da demanda do doente pode trazer-lhe problemas com outras classes profissionais com as quais trabalha<sup>8</sup>. Também foi colocada a questão sobre a frequência com que o enfermeiro costumava falar com o doente acerca de ONR. Nesse contexto, 52,4% dos entrevistados (121) responderam que com pouca frequência, e 35,1% (81) que nunca. O diálogo acerca da morte não é fácil e a decisão da ONR é baseada nesse diálogo, que deveria ser aberto e a informação transmitida de forma clara e adequada<sup>2</sup>.

### Considerações finais

A morte é um dos temas mais controversos nas sociedades modernas e ocidentais. Razões de natureza cultural, econômica e social contribuem para tal<sup>26</sup>. Mesmo os profissionais de saúde que lidam com a morte de perto demonstram sérias dificuldades em encarar este fenômeno, talvez por não estarem preparados para enfrentar a própria morte. Esse entrave cultural conduz, muitas vezes, a um afastamento do profissional de saúde do doente em fase terminal. Tal afastamento, que em alguns

casos pode ser até caracterizado como exclusão do doente na terminalidade da vida, associado à falta de diálogo e apoio emocional, acaba por se transformar num ciclo vicioso de angústia, abandono e solidão.

É nesse contexto que a Ordem de Não Reanimar deve ser reapreciada. Se, por um lado, esse tipo de instrução encontra a legitimidade ética nos princípios da beneficência e da não maleficência (e no princípio do respeito pela autonomia quando o paciente também é envolvido no processo de decisão), deve atentar para que a sua aplicação concreta esteja enquadrada em um espírito de equipe, envolvendo todos aqueles que efetivamente cuidam do doente terminal. Se as condições o permitirem, essa decisão não deve ser tomada de forma unilateral, sem que o doente saiba e sem que se conheça sua vontade. Apesar de todas as reações emocionais que a morte acarreta, os profissionais de saúde têm o dever de permitir que o doente tenha uma morte digna, com o maior conforto possível e no seu tempo certo, sem pretender adiá-la ou atrasá-la indevidamente.

Neste trabalho se procurou evidenciar alguns dilemas éticos dos profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais com ONR, visando contribuir para uma discussão aberta, plural e transparente sobre as questões éticas no fim da vida. Duas conclusões parecem ressaltar. Por um lado, a necessidade de formação acrescida dos profissionais de saúde no que respeita aos cuidados a prestar ao doente na terminalidade da vida, nomeadamente implementando boas práticas no que se refere à suspensão ou abstenção de tratamentos des-

proporcionados. Desta maneira se poderá esclarecer à sociedade que a Ordem de Não Reanimar é prática digna, enquadrada na visão hodierna de ortotanásia. Por outro, é fundamental padronizar as ONR para que qualquer doente tenha direito a usufruir do mesmo tipo de cuidados e de boas práticas,

independentemente da instituição onde é acolhido. Às diferentes associações profissionais compete a tarefa de definir normas de orientação nesta matéria, para que médicos, enfermeiros e outros profissionais tenham clara noção do referencial de atuação ética em doentes terminais.

## Resumen

---

### **Orden de no resucitar al enfermo terminal: dilemas éticos de los enfermeros**

El artículo analiza la orden de no reanimar (ONR), una temática que siempre suscitó infinitas cuestiones éticas en el curso de la prestación de cuidados a la salud. Con base en investigaciones realizadas en dos hospitales, con especialidad en oncología en el norte y el sur de Portugal, el objetivo del estudio fue determinar los principales dilemas éticos planteados por el personal de enfermería porque no hay uniformidad en la presente decisión en Portugal. De una muestra de 231 profesionales se hizo hincapié en que su posición sobre la decisión de la ONR en el enfermo terminal y así como las cuestiones sobre quién tiene conocimiento sobre la misma, así como sus formas de registro y reevaluación. Además de caracterizar este proceso, este estudio pretende mostrar cuál es el pensamiento y cuál es la actitud del personal de enfermería de Portugal al enfermo con la ONR.

**Palabras-clave:** Orden de No Reanimar (ONR). Enfermo terminal. Enfermería. Derecho a morir.

## Abstract

---

### **Order not to resuscitate the terminally ill: nurses' ethical dilemmas**

The article discusses the do not resuscitate orders (DNR), a theme that has raised numerous ethical questions in the course of the provision of health care. Based on research undertaken in two hospitals specialized in oncology in North and South of Portugal, the study aimed to ascertain the main ethical dilemmas raised by the nurses because there is no uniformity on this decision in Portugal. From a sample of 231 professionals, was emphasized the position concerning the

decision of performing DNR on the terminally ill, as well as issues about who has knowledge of it, and its recording and re-evaluation methods. In addition to characterizing this process, this study intended to show what was the thought and attitude of nurses in relation to patients with DNR.

**Key words:** Do not resuscitate (DNR). Terminally ill. Nursing. Right to die.

## Referências

---

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Disponível: [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/). [acesso 2 ago 2010].
2. Urban CA, Bardoe SAW, Silva IM. Ordens de não reanimação. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.524-34.
3. Nunes R. Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais (Proposta nº P/11/APB/08). Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Associação Portuguesa de Bioética; 2008. p.3-5.
4. Zigmond DS, Wenger NS. Regional and institutional variation in the initiation of early do-not-resuscitate orders. *Arch Intern Med* 2005 Aug 8-22;165: 1705-12.
5. Araújo MS, Araújo R. Ordem para não ressuscitar. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Tempo de vida e tempo de morte. Lisboa: Conselho de Ministros; 2001. p.157-61.
6. Saraiva AMP. A suspensão de tratamentos em cuidados intensivos e seus fundamentos éticos. In: Nunes R, Brandão C. Humanização da saúde. Coimbra: Gráfica Coimbra; 2007. p.65.
7. Santos AL. O doente terminal é pessoa com direitos e deveres: a defesa e a promoção da vida [Internet]. *Acção Médica* 2005 set [acesso 14 jul. 2010]:69(3):5-22. Disponível: <http://amcp.com.sapo.pt/revista/setembro2005.pdf>.
8. Pacheco S. Objeção de consciência. In: Neves M, Pacheco S. Para uma ética da enfermagem: desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004. p.78-83.
9. Cardoso A, Ricou M. Comunicação médico-paciente na transição para cuidados paliativos: um estudo exploratório da realidade portuguesa. In: Nunes R, Rego G, Duarte I, coordenadores. Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética; 2009. p.55-80.
10. Pacheco S. Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2004.
11. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Disponível: [www.ine.pt/bddXplorerp/htdocs/bddXplorer04.js](http://www.ine.pt/bddXplorerp/htdocs/bddXplorer04.js).
12. Queiroz AA. Perspectiva histórica da constituição da profissão. In: Neves M, Pacheco S. Para uma ética da enfermagem: desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004. p.19.
13. Palm AH, Filho CVS. Aspectos bioéticos nos cuidados do final de vida: eutanásia, ortotanásia,

- distanásia [Internet]. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Grupo de Estudos da Ética na Educação em Saúde. Bioética Leiga. Pelotas: Faculdade de Medicina; [acesso 14 jul. 2010]. Disponível: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/pesquisa1doc.doc>.
14. Bedell SE, Pelle D, Maher PL, Cleary PD. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital: how are they used and what is their impact? *Jama* 11 jul 1986; 256(2):233.
  15. Souza MTM, Lemonica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética* 2003;11(1):88.
  16. Ballin NH, Gjersoe P. "Do not resuscitate" orders in Danish medical wards: a questionnaire. *Ugeskr Laeger* 26 mar 2007;169(13):1205.
  17. De Gent C. Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. *J Adv Nurs* 2007 Feb;57(4):404.
  18. Gavicagogeasoa MI. Futilidade terapêutica. In: Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.506-23.
  19. Vieira M. Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro. In: Neves M, Pacheco S. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004. p.37-8.
  20. Furtado AJL. Obstinação terapêutica. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. *Op.cit.* p.167.
  21. Santos AL. Acompanhamento dos doentes terminais: cuidados paliativos. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W. *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo; 1996. p.357.
  22. Borges A. Morrer dignamente: a obstinação terapêutica. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W. *Op.cit.* p.366.
  23. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2001.
  24. Pires AML. Cuidar em fim de vida: aspectos éticos. *Cadernos de Bioética* 2001 abr;11(25):86.
  25. Hennezel M. *Diálogo com a morte*. 3<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editorial Notícias; 1999. p.34.
  26. Nunes R. *Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2; 2010. (Colectânea Bioética Hoje; nº 18).

Recebido: 19.2.2010

Aprovado: 24.5.2010

Aprovação final: 6.6.2010

## Contatos

---

Daniela Clara Silva França - [danielat.franca@gmail.com](mailto:danielat.franca@gmail.com)

Guilhermina Rego - [egsaude@med.up.pt](mailto:egsaude@med.up.pt)

Rui Nunes - [ruinunes@med.up.pt](mailto:ruinunes@med.up.pt)

Daniela Clara Silva França - Rua de Beloi, 117. S. Pedro da Cova CP 4510-201. Porto, Portugal.