

# La orden de no reanimar a los pacientes en fase terminal bajo la perspectiva de los médicos

Elzio Luiz Putzel<sup>1</sup>, Klisman Drescher Hilleshein<sup>2</sup>, Elcio Luiz Bonamigo<sup>3</sup>

## Resumen

La orden de no reanimar es la manifestación expresa de rechazo de la reanimación cardiopulmonar por parte de pacientes portadores de una enfermedad avanzada en progresión. Este estudio tuvo como objetivo describir la actitud de los médicos con respecto a esta orden y la necesidad de su regulación. Se aplicó un cuestionario a 80 médicos (50% del total) inscriptos en el distrito del Consejo Regional de Medicina de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. Se encontró que el 90% de los encuestados conocían el significado de esta orden, el 86,2% estaban de acuerdo en cumplirla, el 91,2% consideraban importante el registro en el historial médico y el 92,5% juzgaban oportuna la existencia de una regulación al respecto. Se concluyó que la mayoría de los médicos tenía conocimiento de la orden de no reanimar, estaba de acuerdo en respetarla, valoraba su registro en el historial médico y deseaba su regulación por parte de las instituciones competentes.

**Palabras clave:** Enfermo terminal. Bioética. Órdenes de resucitación. Masaje cardíaco. Respiración artificial. Inutilidad médica.

## Resumo

### Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos

Ordem de não reanimar consiste na manifestação expressa da recusa de reanimação cardiopulmonar por paciente com doença avançada em progressão. Objetivou-se descrever a atitude dos médicos em relação à ordem de não reanimar e à necessidade de sua normatização. Foi aplicado questionário a 80 médicos inscritos na delegacia do Conselho Regional de Medicina de Joaçaba, Santa Catarina. Verificou-se que 90% dos participantes conheciam o significado dessa ordem, 86,2% concordavam em acatá-la, 91,2% consideravam importante seu registro em prontuário e 92,5% consideravam oportuna a emissão de normatização a respeito. Concluiu-se que a maioria dos médicos tinha conhecimento sobre Ordem de Não Reanimar, concordava em respeitá-la, valorizava seu registro em prontuário e desejava a normatização por parte dos órgãos competentes.

**Palavras-chave:** Doente terminal. Bioética. Ordens de não ressuscitar. Massagem cardíaca. Respiração artificial. Futilidade médica.

## Abstract

### Terminally ill patients' Do Not Resuscitate orders from the doctors' perspective

The Do Not Resuscitate order is the explicit statement by patients with advanced disease in progression refusing cardiopulmonary resuscitation. This study aimed to describe the attitude of physicians in relation to the DNR and the need for its regulation. A questionnaire was applied to 80 (50%) physicians in the medical bureau of the Regional Council of Medicine of Joaçaba, in the State of Santa Catarina. It was found that 90% of the respondents knew the meaning of DNR, 86.2% agreed to respect it, 91.2% considered it important for the DNR to be registered in medical records and 92.5% understood as opportune the issuance of a regulation in this regard. It was concluded that most doctors knew about the Do Not Resuscitate Order, agreed to respect it, valued its registration in medical records and wanted its regulation by the relevant bodies.

**Keywords:** Terminally Ill. Bioethics. Resuscitation orders. Heart massage. Respiration, artificial. Medical futility.

## Aprovação CEP-Uoesc 495.442/2013

1. **Graduando** elzioputzel@gmail.com – Universidade do Oeste de Santa Catarina (Uoesc) 2. **Graduando** klisman.drescherhilleshein@gmail.com – Uoesc 3. **Doutor** elcio.bonamigo@unoesc.edu.br – Uoesc, Joaçaba/SC, Brasil.

## Correspondência

Elcio Luiz Bonamigo – Rua Francisco Lindner, 310 CEP 89600-000. Joaçaba/SC, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesses.

La orden de no reanimar (ONR) consiste en la deliberación de no realizar ningún intento de reanimación cardiopulmonar en pacientes en fase terminal de vida, en el caso de la pérdida irreversible de la consciencia o de parada cardíaca no tratable<sup>1</sup>. La ONR forma parte del Código de Ética Médica de la Asociación Americana (AMA) desde 1992<sup>2</sup>. En Europa, entre el 50 % y el 60 % de los pacientes que fallecieron de manera no súbita en hospitales de países como Holanda, Suiza, Dinamarca y Suecia declararon la decisión individual de no reanimación<sup>3</sup>. No obstante, el panorama mundial no es uniforme en lo que se refiere a la conducta de los profesionales, debido al factor cultural diferenciado y a la falta de consenso y directrices globales<sup>4</sup>.

En el escenario brasileño, la discusión ética despuntó sobre todo en las dos últimas décadas<sup>5</sup> y fue recientemente impulsada por acciones del Conselho Federal de Medicina (Consejo Federal de Medicina [CFM]) que estimulan el debate respecto a la terminalidad de la vida. Estas iniciativas han resultado evidentes sobre todo en virtud de la publicación de las resoluciones CFM 1.805/2006<sup>6</sup> y 1.995/2012<sup>7</sup>, que tratan, respectivamente, de la limitación terapéutica en pacientes en fase terminal y de las directivas anticipadas de voluntad (testamento vital). En la salud pública, el rechazo al tratamiento es parte integrante de la Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud), emitida por el Ministerio de Salud<sup>8</sup>. La ONR se presenta como un complemento del testamento vital ante la situación específica en la que el paciente se manifiesta a favor de la no reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria.

No se han encontrado normas éticas específicas sobre las ONR vigentes en Brasil, pero el procedimiento es notorio en los hospitales, como lo atestiguan registros en los historiales médicos<sup>9</sup>. En este contexto, el objetivo de la presente investigación fue conocer la perspectiva de los médicos sobre la ONR y su necesidad de regulación ética.

## Método

Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado por medio de un cuestionario aplicado a los médicos del distrito del Consejo Regional de Medicina de Joaçaba, en el estado de Santa Catarina, que aceptaron participar y firmaron el formulario de consentimiento informado. Se entró en contacto con los médicos personalmente en el período comprendido entre septiembre y noviembre de 2014,

y, cuando no tuvieron la posibilidad de atender, el instrumento de investigación fue delegado a las secretarías, acompañado de las aclaraciones necesarias. Los cuestionarios individuales contenían 14 preguntas de opción múltiple, de las cuales tres eran de interés sociodemográfico (edad, condición o no de especialista, lugar de trabajo) y once presentaban un abordaje específico sobre la ONR. El análisis estadístico fue realizado por medio de los programas BioEstat 5.0 y GraphPadPrism. Se utilizaron las pruebas estadísticas G y exacta de Fisher, con nivel de significancia del 95 % ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Del universo de los 160 médicos inscritos en el distrito del Consejo Regional de Medicina, se invitó a 105 (66 %), y 80 aceptaron participar en la encuesta (el 50 % del total de inscritos y el 76 % de los invitados). Estos últimos constituyen la muestra estudiada.

El promedio etario de los participantes fue de 39,4 años, con desviación estándar de  $\pm 11,9$ ; con todo, 25 (31 %) no informaron su edad. En cuanto a las franjas etarias de los que informaron la edad, 22 (28 %) tenían entre 25 y 35 años; 22 (28 %) entre 36 y 45 años; 6 (9 %) entre 46 y 55 años; y 5 (6 %) eran de edad superior a 55 años. En relación con la especialidad, 68 médicos (85 %) declararon poseer título de especialista y 12 (15 %), no.

En cuanto al lugar de su ejercicio profesional, cuestión en la que los participantes podían optar por más de una respuesta, 49 (61 %) informaron actuar en clínicas particulares, 37 (46 %) en hospitales –tanto de la red pública como privada–, 11 (14%) en unidades básicas de salud (UBS) y 2 (3 %) en el servicio de atención móvil de urgencia (Samu).

El término «orden de no reanimar» era conocido por 72 participantes (90 %), sin que hubiera diferencias significativas entre las franjas etarias y la condición de especialista o no especialista de los mismos ( $p > 0,05$ ). Se destaca que solamente el 10 % desconocía el procedimiento.

Interrogados sobre la existencia de orientación ética sobre la ONR en Brasil, 59 participantes (74 %) respondieron afirmativamente. En relación con la necesidad de elaborarse orientaciones sobre la ONR en Brasil, casi la totalidad estuvo de acuerdo –74 encuestados (92 %)–, y solo 6 (8 %) estuvieron en desacuerdo. El hecho de ser o no especialista, la edad y el lugar de trabajo no influyeron en el resultado ( $p > 0,05$ ).

Sobre la posibilidad de verse involucrados en procesos judiciales como consecuencia de la prescripción de la ONR, 42 (53 %) estuvieron totalmente en desacuerdo, 16 (20 %) estuvieron parcialmente en desacuerdo, 14 (18 %) estuvieron totalmente de acuerdo y 8 (10 %) estuvieron parcialmente de acuerdo. En caso de que el paciente hubiera manifestado previamente el deseo de no ser reanimado, 69 participantes (86 %) prescribirían o ejecutarían su determinación y el 14 % no, sin variación estadística significativa por franjas etarias y por tratarse o no de especialista ( $p > 0,05$ ).

La participación personal previa en la atención de pacientes con cuadro de parada cardiorrespiratoria fue confirmada por 71 participantes (88,7 %) y negada por 9 (11,3 %). Cuando se les preguntó si la edad del paciente influiría en la toma de decisión de reanimarlo o no, 38 (48 %) respondieron afirmativamente y 42 (52 %) negativamente, y se constató que los médicos más jóvenes tendrían en cuenta la edad del paciente en el momento de la decisión ( $p < 0,05$ ).

El registro de la ONR en el historial médico del paciente fue considerado muy importante por 51 participantes (63 %), importante por 22 (28 %), de poca importancia por 2 (3 %), sin importancia por 4 (5 %), y 1 (1 %) no respondió.

La decisión de aplicar la ONR fue considerada prerrogativa conjunta de médicos y familiares por 45 participantes (55 %); de médicos, enfermeros y familiares por 22 (28 %); solamente del médico por 8 (10 %); solamente de los familiares por 3 (4 %); y 2 (3 %) no respondieron. No se optó en ningún caso por las alternativas «médico y enfermero» y «solamente enfermeros».

Se interrogó también a los médicos sobre la no reanimación de un familiar que estuviera en situación terminal, en caso de que no hubiera tratamiento disponible para su cura y esa fuera su voluntad. Se declararon favorables 74 participantes (93 %), y 6 (7 %) se manifestaron en contra.

Se les preguntó a los participantes si, en caso de que ellos mismos estuvieran en la situación de fase terminal de enfermedad incurable, desearían que su manifestación previa fuese tenida en cuenta en caso de parada cardiorrespiratoria. Del total de los encuestados, 75 (94 %) respondieron afirmativamente y 5 (6 %) negativamente. De los médicos que desearían que su ONR fuese respetada, 67 (89 %) respetarían la ONR de sus pacientes y 8 (11 %) no la respetarían. De los 5 médicos que no desearían que su propia ONR fuese respetada, 2 (40 %) respetarían

la ONR de sus pacientes y 3 (60 %) no la respetarían ( $p < 0,05$ ).

## Discusión

El 90 % de los médicos encuestados conocía el término “orden de no reanimar”. El hecho de que algunos de ellos lo desconociera se estimó excepcional, considerando que se trata de una conducta que siempre debe tenerse en cuenta en caso de parada cardiorrespiratoria de paciente cuando el procedimiento se configura como inútil. Son infrecuentes los trabajos internacionales que hayan indagado sobre el conocimiento de los médicos en relación con la ONR. Con todo, un estudio realizado en Estados Unidos encontró un grado de desconocimiento aún mayor, ya que, de cien médicos residentes de un hospital, un tercio nunca había oído hablar de la ORN<sup>10</sup>.

La minoría de los médicos encuestados (26 %) respondió acertadamente que no existen normas sobre la ONR en Brasil. Nuestro país aún se encuentra en la penumbra legislativa en relación con algunos aspectos de la terminalidad de vida. No obstante, el avance en el ámbito ético ya es perceptible, sobre todo en virtud de la emisión de la Resolución CFM 1.805/2006<sup>6</sup> y del artículo 41 del Código de Ética Médica<sup>11</sup>, que admiten limitación terapéutica en casos correctamente indicados, después de la obtención del consentimiento.

Como se observó en los resultados, pocos médicos aún no habían participado en maniobras de reanimación cardiorrespiratoria. Un estudio realizado en el interior del estado de São Paulo constató que tan solo un 65 % de los médicos tenían experiencia con pacientes terminales<sup>12</sup>. Con todo, la oportunidad de participar en la reanimación de pacientes puede presentarse durante la atención de emergencias hospitalarias en general, lo que justifica que la mayoría, en algún momento, haya tenido esa experiencia.

La mayoría de los médicos encuestados (85 %) respondió que ejecutaría o prescribiría una ONR autorizada por el paciente. Un estudio realizado en un hospital de Israel reveló que el 67 % de los médicos acataría la ONR de los pacientes, pero, entre los familiares, solamente un 33 % serían favorables, lo que pone de manifiesto la diferencia de concepción entre los médicos y la familia<sup>13</sup>. Otro estudio en unidades para pacientes quemados, realizado con médicos intensivistas de Estados Unidos y Europa, encontró una tasa de aceptación algo menor entre

profesionales: el 54 %<sup>14</sup>. En la atención a los pacientes que optaron por la ONR y que fueron sometidos previamente a maniobras de resucitación extrahospitalaria hubo limitación de procedimientos como transfusión sanguínea, cateterismo cardíaco e implantación de *bypass*, lo que pone de manifiesto el respeto a la orientación, cuando esta existe<sup>15</sup>.

Este estudio reveló que los médicos estaban divididos en relación con el factor edad del paciente en el momento de la decisión a favor de la ONR, factor que los médicos más jóvenes consideraron relevante. Un estudio internacional demostró que, aunque el aumento de la edad conlleva resultados más desfavorables en la reanimación cardiopulmonar, este factor no tuvo influencia en la decisión del médico asistente<sup>16</sup>. Por otro lado, al analizar los registros del sistema electrónico de dos hospitales de Nashville, se constató que pacientes de edad más avanzada y con enfermedades más severas presentaban, en mayor número, registros sobre los procedimientos que deseaban recibir o no al final de la vida, favoreciendo así la conducta<sup>17</sup>. Con todo, al ser revisadas las solicitudes realizadas al comité de ética del Massachusetts General Hospital, en Boston, se constató que la restricción de maniobras de reanimación no fue más frecuente en pacientes de edad más avanzada<sup>18</sup>.

Por tratarse de un cuadro en el que la decisión depende de varios factores, y en el cual la edad, como se ha comprobado, disminuye el índice de éxito de la reanimación cardiopulmonar<sup>19</sup>, algunos profesionales la tienen en cuenta. El hecho de que los profesionales más jóvenes encuestados en este estudio hayan dado importancia a la edad de los pacientes para tomar la decisión —y sin conocer las causas de tal parecer, pues no han sido interrogados sobre las mismas— permite realizar algunas reflexiones. Por un lado, es posible que los médicos de edad más avanzada, debido a la formación recibida o por estar más próximos al final de la vida, se vuelvan más propensos a aceptar la realización de procedimientos para la prolongación de la vida. Por otro lado, se puede presumir que médicos más jóvenes, por haber adquirido orientaciones éticas e informaciones científicas más recientes, adopten una posición menos receptiva.

Sobre la importancia del registro de la ONR en el historial médico, la mayoría consideró «muy importante» o «importante», independientemente de la franja etaria o el lugar de trabajo ( $p > 0,05$ ). En este sentido, ha contribuido el surgimiento de una reciente orientación de la Resolución CFM 1.995/2012<sup>7</sup>, que consideró válido el registro, en

el historial médico, de la voluntad del paciente en relación con los cuidados que desea, o no, recibir cuando se encuentre en un estado que le impida comunicarse. La ausencia de regulación de la ONR en Brasil puede causar, entre los médicos, recelo tanto en lo que se refiere a discutir el asunto con los pacientes como a registrar tal conducta en sus historiales.

En este sentido, una investigación identificó la existencia de un desajuste entre el registro en el historial médico y la práctica de no reanimar al paciente pediátrico terminal<sup>17</sup>, ya que, sin que hubiera registro de esta orientación, 40 de las 176 paradas cardiopulmonares ocurridas no recibieron reanimación cardiopulmonar. Los médicos participantes de esta investigación consideraron importante el registro de la no reanimación en el historial médico, puesto que sería uno de los posibles pasos para desmitificar el tema. Con todo, el registro en historiales médicos de la comunicación mediante la cual se informa a los familiares sobre la terminalidad de la vida es muy infrecuente<sup>20</sup>, por lo que es necesario que se mejore este aspecto por medio de orientaciones específicas y una educación médica que contemple tal hecho.

En los lugares donde la ONR ya fue establecida, la aceptación y el compromiso de los pacientes son más frecuentes. En el Hospital Universitario de Indiana, en Estados Unidos, se constató que el 64,2 % de los óbitos en internaciones quirúrgicas y el 77,3 % de los óbitos en internación clínica presentaban las ONR en los historiales médicos<sup>21</sup>. Otra investigación, también realizada en Estados Unidos, demostró el hecho de que decidirse a favor de la ONR proporcionó a los pacientes oncológicos no resposables al tratamiento una mejor calidad de vida en la última semana de su existencia<sup>22</sup>. La ONR es una herramienta de fundamental importancia para los cuidados de terminalidad, pero debe abordarse con delicadeza y en el momento oportuno durante la internación del paciente, evitando así un estrés innecesario en situaciones de menor riesgo<sup>17</sup>.

Cuando se preguntó a los participantes quién debería determinar la decisión de aplicar la orden de no reanimar, la mayoría indicó que corresponde a los médicos y a los familiares de modo conjunto. En un estudio anterior sobre la elaboración del testamento vital, tanto pacientes como sus acompañantes demostraron su preferencia por la participación del médico junto con la familia<sup>23</sup>. Este punto de vista se repite ahora, dado que la mayoría cree que el médico y la familia deben participar en la elaboración de la ONR. A pesar de ser frecuentes, se observó que

los textos de las ONR continúan siendo estrictamente técnicos y de difícil entendimiento para el público lego, además de poco discutidos entre médicos y pacientes/familia, retardando así el tratamiento o bien no tratando situaciones corrientes y penosas que se producen al final de la vida, como náuseas, dolor, deshidratación, delirio, entre otras<sup>24</sup>. En este estudio se observó que existe interés por parte de los médicos en discutir la ONR, aunque hasta el momento no haya orientación ética específica en Brasil, ni sobre su forma de elaboración.

Se verificó, en este trabajo, que los médicos prefieren discutir la ONR con los familiares. En ese sentido, otro estudio<sup>14</sup> constató que la mayoría de los médicos intensivistas de unidad de terapia intensiva (UTI) para quemados preferiría tomar esa decisión individualmente, involucrando a la familia o al paciente en menor proporción; no obstante, e incluso así, la mayoría (81 %) respetaría la opinión de la familia, corroborando los resultados de esta investigación. En la elaboración de la orden de no reanimar en UTI para quemados, el equipo médico se involucró en el 88 % de los casos, y el equipo de enfermería el 46 %, pero las familias de los pacientes deberían estar siempre involucradas, según la opinión del 66 % de los médicos<sup>14</sup>. La tendencia de buscar el compromiso de médicos y familiares para la toma de la decisión también resultó evidente en este estudio. A esta tendencia le sigue la inclusión de la enfermería, alternativa que aparece en segundo lugar.

La mayoría de los encuestados (56,25 %) relató que las decisiones referentes a la ONR deberían ser tomadas por el médico en conjunto con la familia. Otro estudio<sup>25</sup> constató que los deseos de los pacientes sobre la ONR eran normalmente atendidos, y, cuando no eran evidentes, cabía al médico tomar la decisión. Por otro lado, la buena comunicación entre familiares y miembros del equipo multidisciplinar puede concretarse mediante la capacitación y constituye un factor determinante para la satisfacción de las familias de pacientes en UTI y para el cumplimiento de la voluntad del paciente<sup>26</sup>.

Casi la totalidad de los médicos interrogados (93 %) aceptaría la ONR de sus familiares, porcentaje superior al verificado entre médicos residentes de la Facultad de Medicina de la PUC de Sorocaba, que fue del 62 %<sup>12</sup>. Se estima que la variación de resultados es consecuencia de las diferentes épocas en las que las encuestas fueron realizadas (2009 y 2014), reflejándose la diferencia cronológica en tal percepción.

Pocos médicos desearían que su ONR no fuese respetada en caso de parada cardiorrespiratoria si

se encontraran en fase terminal de enfermedad. No se encontró explicación para el hecho, pero se estima que eventualmente prefieran dejar la decisión a los colegas, debido a una diversidad de factores que influyen en la elección. Se observó que casi todos los médicos no deseaban ser reanimados en las situaciones en que hay indicación (94 %). Sin embargo, en un estudio realizado con residentes, ese índice disminuyó el 70 %<sup>12</sup>. Hace tiempo, un médico estadounidense con cáncer metastásico fue sometido a varias maniobras de resucitación contra su voluntad y, después de mucho sufrimiento, murió descerebrado, lo que suscitó muchos cuestionamientos<sup>27</sup>.

La adopción de la no reanimación en casos que presenten indicación clínica y consentimiento de los pacientes constituye el cumplimiento del principio bioético de la no maleficencia, ya que las medidas que se adoptasen causarían más daños que beneficios e incluso configurarían práctica de distanacia. En este contexto, se presume que el actual conocimiento sobre las consecuencias adversas de la reanimación cardiorrespiratoria sin indicación clínica influyó en el elevado rechazo del procedimiento entre los participantes encuestados.

### Consideraciones finales

La mayoría de los médicos participantes conocía la orden de no reanimar, estaba de acuerdo en prescribirla, creía ser este el momento oportuno para la regulación y los más jóvenes consideraban que la edad del paciente era relevante para la decisión. Casi todos los médicos estuvieron de acuerdo en no reanimar a un miembro de su familia en fase terminal de enfermedad progresiva, mediante su solicitud y consentimiento. La mayoría también consideró importante el registro de la ONR en el historial médico, sin el temor de incurrir en riesgo de proceso judicial, y estimó que el médico, asociado a la familia, debe tomar parte en la decisión.

La no reanimación de pacientes en fase terminal de enfermedad progresiva constituye un acto de humanidad que busca cumplir con el principio bioético de la no maleficencia, con la finalidad precípua de disminuir el sufrimiento humano y evitar la práctica de la distanacia. Los resultados encontrados en esta investigación permiten inferir que el momento actual es oportuno para la elaboración de orientaciones éticas sobre la orden de no reanimar en Brasil, supliéndose así la laguna normativa existente.



## Referencias

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 218.
2. American Medical Association. Code of medical ethics. [acceso 25 maio 2014]. Disponível: <http://bit.ly/2e6EmW1>
3. Van Delden JIM, 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.
4. 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.
5. Torreão LA, Reis AGAC, Troster EJ, Oselka G. Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. *J Pediatr.* 2000;76(6):429-33.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805/2006, de 9 de dezembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. Diário Oficial da União. 28 nov 2006 [acesso 25 maio 2014]. Disponível: <http://bit.ly/1URT13S>
7. 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 [acesso 25 maio 2014]. Disponível: <http://bit.ly/207VBbw>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Moritz RD, Beduschi G, Machado FO. Avaliação dos óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(5):390-5.
10. Tulsy JA, Chesney MA, Lo B. See one, do one, teach one? House staff experience discussing do-not-resuscitate orders. *Arch Intern Med.* 1996;156(12):1285-9.
11. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM nº 1.31/2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. [Versão de bolso]
12. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):416-27.
13. 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.
14. Metaxa V, Lavrentieva A. End-of-life decisions in burn intensive care units – an international survey. *Burns.* 2015;41(1):53-7.
15. 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.
16. Soholm H, Hassager C, Lippert F, Winther-Jensen M, Thomsen JH, Friberg H *et al.* Factors associated with successful resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest and temporal trends in survival and comorbidity. *Ann Emerg Med.* 2015;65(5):523-31.
17. Bhatia HL, Patel NR, Choma NN, Grande J, Giuse DA, Lehmann CU. Code status and resuscitation options in the electronic health record. *Resuscitation.* 2014;87:14-20.
18. Courtwright AM, Brackett S, Cadge W, Krakauer EL, Robinson EM. Experience with a hospital policy on not offering cardiopulmonary resuscitation when believed more harmful than beneficial. *J Crit Care.* 2015;30(1):173-7.
19. Ruíz García J. La orden de no reanimar y las decisiones al final de la vida en el paciente cardiológico: oportunidades de mejora [tese]. Madrid: Universidade Complutense de Madrid; 2015. Disponível: <http://bit.ly/2dWcDtY>
20. Frizzo K, Bertolini G, Caron R, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. *Bioethikos.* 2013;7(4):367-75.
21. Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR. The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self-Determination Act. *J Med Ethics.* 2008;34(9):642-7.
22. Garrido MM, Balboni TA, Maciejewski PK, Bao Y, Prigerson HG. Quality of life and cost of care at the end of life: the role of advance directives. *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(5):828-35.
23. Campos MO, Bonamigo EL, Steffani JA, Piccini CF, Caron R. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Bioethikos.* 2012;6(3):253-9.
24. 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.
25. Westerdahl AK, Sutton R, Frykman V. Defibrillator patients should not be denied a peaceful death. *Int J Cardiol.* 2015;182:440-6.
26. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med.* 2014;42(2):265-71.
27. Symmers WS. Not allowed to die. *Br Med J.* 1968;1(5589):442.

### Participación de los autores

Elzio Luiz Putzel y Klisman Drescher Hilleshein participaron en la totalidad de las etapas de la investigación y redacción del artículo. Elcio Luiz Bonamigo fue el responsable de la realización de la encuesta y participó en la redacción del artículo. Todos los autores aprobaron la redacción final del trabajo.

Recebido: 13. 1.2016

Revisado: 26. 9.2016

Aprovado: 4.10.2016

## Anexo

### Cuestionario

1. Edad:
2. ¿Usted posee especialidad médica? En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál?
3. ¿En qué sector actúa?
  - a. ( ) Hospital
  - b. ( ) Unidad básica de salud (UBS)
  - c. ( ) Samu
  - d. ( ) Clínica particular
4. ¿Conoce el significado de «orden de no reanimar»?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
5. En su opinión, ¿existe orientación ética sobre la «orden de no reanimar» en Brasil?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
6. ¿En su actividad profesional se ha encontrado o ha participado en la atención a parada cardiorrespiratoria de paciente?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
7. En caso de que usted fuera el médico asistente del paciente en fase final de enfermedad terminal, ¿prescribiría o ejecutaría la «orden de no reanimar»?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
8. En su opinión, ¿la edad del paciente interfiere en la toma de decisión de reanimar o no reanimar?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
9. ¿Usted considera oportuno, en el momento actual, que exista o se elabore la regulación de la «orden de no reanimar» en Brasil?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
10. ¿Considera importante el registro en historial médico de la «orden de no reanimar»?
  - a. ( ) Muy importante
  - b. ( ) Importante
  - c. ( ) Poco importante
  - d. ( ) Sin importancia
11. En su opinión, ¿quién debe determinar la «orden de no reanimar»?
  - a. ( ) Médicos
  - b. ( ) Médicos y enfermeros
  - c. ( ) Enfermeros
  - d. ( ) Médicos, enfermeros y familia
  - e. ( ) Familia
  - f. ( ) Médicos y familia
12. Si algún miembro de su familia estuviera en situación terminal y/o no existiese terapéutica disponible para su cura y fuera de su voluntad la no realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar, ¿estaría a favor de la «orden de no reanimar»?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No
13. ¿Al determinar o participar en la «orden de no reanimar» de paciente en fase final de enfermedad terminal, el(la) médico(a) puede verse involucrado(a) en procesos judiciales?
  - a. ( ) Estoy totalmente de acuerdo
  - b. ( ) Estoy parcialmente de acuerdo
  - c. ( ) Estoy parcialmente en desacuerdo
  - d. ( ) Estoy totalmente en desacuerdo
14. ¿En caso de que usted estuviera en la situación de fase terminal de enfermedad incurable, desearía que se tuvieran en cuenta sus directivas anticipadas de voluntad, o sea, el deseo de ser o no reanimado en caso de parada cardiorrespiratoria?
  - a. ( ) Sí
  - b. ( ) No