

Ordem de não reanimação em pacientes oncológicos na UTI

Gustavo Batista Ferro¹, Carlos Arthur da Silva Moraes¹, Erick Antonio Rodrigues Mendes¹, Francinei Gomes Pinto¹, Marcelo Gaia Epifane¹, Ana Cristina Vidigal Soeiro¹

1. Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, Brasil.

Resumo

A reanimação cardiopulmonar é procedimento padrão em situações de parada cardiorrespiratória. No entanto, em pacientes oncológicos com doença em estágio terminal, o benefício da reanimação é questionável, e devem ser evitadas intervenções que prolonguem o sofrimento sem melhorar a qualidade de vida. Contudo, a ausência de consenso global e a falta de legislação específica no Brasil sobre ordens de não reanimação geram insegurança e receio entre os profissionais. Assim, problematizar o tema é crucial para garantir decisões médicas que respeitem a dignidade e as diretrizes éticas da profissão.

Palavras-chave: Ordens de não ressuscitar. Oncologia. Unidades de terapia intensiva.

Resumen

Orden de no reanimar en pacientes oncológicos en la UCI

La reanimación cardiopulmonar es un procedimiento estándar en situaciones de parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, en pacientes oncológicos con enfermedad en etapa terminal, el beneficio de la reanimación es cuestionable, y deben evitarse intervenciones que prolonguen el sufrimiento sin mejorar la calidad de vida. No obstante, la ausencia de consenso mundial y la falta de legislación específica en Brasil acerca de la orden de no reanimar generan inseguridad y temor entre los profesionales. Por lo tanto, problematizar el tema es crucial para asegurar decisiones médicas que respeten la dignidad y las directrices éticas de la profesión.

Palabras clave: Órdenes de resucitación. Oncología médica. Unidades de cuidados intensivos.

Abstract

Do-not-resuscitate order in ICU cancer patients

Cardiopulmonary resuscitation is a standard procedure in situations of cardiorespiratory arrest. However, in terminally ill cancer patients, the benefit of resuscitation is questionable, and interventions that prolong suffering without improving quality of life should be avoided. However, the lack of global consensus and specific legislation in Brazil on do-not-resuscitate orders leads to insecurity and fear among professionals. Thus, problematizing the issue is crucial to ensure medical decision-making that respects the dignity and ethical guidelines of the profession.

Keywords: Resuscitation orders. Medical oncology. Intensive care units.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP/UEPA sob parecer n° 6.659.490

No cenário médico atual, a reanimação cardiopulmonar (RCP) é procedimento padrão em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). No entanto, para pacientes graves, especialmente aqueles com câncer em estágio terminal, há controvérsias sobre os benefícios dessa intervenção¹. Sendo assim, protocolos que incluem a ordem de não reanimar (ONR) têm sido implementados no planejamento dos cuidados em saúde para evitar procedimentos invasivos que poderiam prolongar a vida, mas também aumentar o sofrimento².

A ONR implica a não aplicação de protocolos de suporte avançado de vida em casos de PCR, especialmente em pacientes com perda irreversível de consciência ou com câncer avançado. Essa decisão, quando tomada de forma ética, exige diálogo entre a equipe de saúde, o paciente e seu representante, de forma a assegurar que as informações sejam devidamente compartilhadas³.

Os aspectos éticos e legais da ONR não são uniformes globalmente, variando de acordo com legislações e culturas locais. Em países como Reino Unido, Austrália, Canadá e França, a ONR é legalmente reconhecida, o que permite que pacientes ou representantes recusem tratamentos, incluindo a RCP, com apoio de um profissional de saúde⁴.

No Brasil, a maioria dos profissionais de saúde apoia a utilização da ONR em pacientes oncológicos terminais. Entretanto, a ausência de legislação específica cria barreiras para sua aplicação e gera insegurança entre os profissionais, que temem complicações legais e acusações de omissão de socorro⁵.

Em muitos países, a ONR faz parte das diretrizes antecipadas de vontade (DAV) do paciente, que por meio delas opta pelos procedimentos que deseja ou não receber quando estiver incapaz de se comunicar. A ONR é fundamental por respeitar a autonomia do paciente e por ser uma diretriz ética em situações de fim de vida. Ademais, promover intervenções invasivas, agressivas e sem benefícios comprovados em pacientes críticos em unidades de terapia intensiva (UTI) pode impactar negativamente a qualidade da morte⁶.

A falta de apoio legal de ONR no Brasil também resulta na ausência de protocolos de conduta médica, o que leva a conflitos nas equipes de saúde e dificulta decisões em situações de iminente morte⁵. Na ausência de DAV ou de manifestação prévia de vontade, a responsabilidade

recai sobre o médico, que pode insistir na reanimação, pelo receio de ser acusado de negligência e omissão⁷.

A inexistência de legislação específica sobre ONR no Brasil torna urgente a necessidade de debate, especialmente devido à complexidade dos cuidados de fim de vida⁸. Essa lacuna pode gerar dúvidas sobre quando iniciar ou cessar tentativas de reanimação, o que envolve não apenas aspectos técnicos, mas também éticos⁵. Além disso, o benefício não deve ser apenas clínico, mas também existencial, o que torna a decisão ainda mais complexa.

Debates sobre a ONR se intensificaram após as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.805/2006⁹ e 1.995/2012¹⁰. A primeira trata da ortotanásia e permite a limitação ou suspensão de procedimentos de suporte vital em indivíduos com doença em fase terminal, desde que a vontade do paciente seja respeitada e os cuidados para alívio do sofrimento, garantidos. A segunda dispõe sobre as DAV na prática médica. Por sua vez, a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* assegurou o direito de escolha do local de morte e a designação de representantes para cuidados em saúde¹¹.

Embora a ortotanásia resguarde o direito de morrer com dignidade, a ONR ainda enfrenta desafios no Brasil, especialmente no Sistema Único de Saúde. Ademais, tratando-se de pacientes oncológicos graves, o preconceito contra a doença, vista como sinônimo de morte e sofrimento, é um obstáculo adicional¹².

Considerando a relevância e a complexidade do tema, o estudo objetivou investigar a opinião de médicos atuantes em UTI acerca da não reanimação cardiopulmonar em pacientes oncológicos. Tal discussão é relevante não apenas para a formação dos futuros profissionais, mas também para aprimorar as práticas médicas diante dos desafios éticos e bioéticos existentes.

Método

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, com participação de médicos de um hospital oncológico estadual de referência localizado em Belém, Pará. A coleta de dados teve início após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Participaram médicos de ambos os sexos e diferentes idades, os quais foram selecionados por amostragem por conveniência. A participação ocorreu mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e foram incluídos médicos e residentes que atuavam em UTI, independentemente da especialidade. Foram excluídos aqueles que não estavam em exercício pleno de suas funções no período da coleta de dados, bem como os que recusaram ou desistiram de participar.

Os dados foram coletados de forma presencial, mediante o preenchimento de questionário semiestruturado composto de perguntas abertas e fechadas. O instrumento foi dividido em três seções referentes às categorias de interesse dos pesquisadores: dados sociodemográficos, conhecimento sobre não reanimação cardiopulmonar e não reanimação cardiopulmonar na prática clínica em oncologia.

Os dados obtidos foram sistematizados e analisados por métodos estatísticos simples, com cálculo de porcentagens e valores absolutos. Utilizou-se análise multivariada para avaliar os efeitos das variáveis e identificar possíveis associações, por meio dos *softwares* Excel 2016 e Word 2016, com suporte da plataforma Bioestat 5.3.

Resultados

À época da coleta de dados, 37 médicos atuavam nas UTIs do hospital, e, desse total, 54% (n=20) participaram do estudo. Entre os participantes, 55% (n=11) eram do sexo masculino e 45% (n=9) do feminino, e a maioria (50%, n=10) se situava na faixa etária de 30 a 39 anos, com religião predominante católica (65%, n=13). Ainda, 60% (n=12) eram médicos intensivistas, e 90% (n=18) concluíram a graduação entre 2016 e 2020. O tempo de atuação na instituição variou entre dois e três anos, equivalendo a 80% (n=16).

A relevância do tema de estudo foi destacada em 100% (n=20) da amostra, que o classificou como “muito importante”. No que se refere ao conhecimento sobre ordem de não reanimação cardiopulmonar, quando perguntados sobre a existência de algum protocolo, 65% (n=13) não conheciam nenhum; 20% (n=4) responderam que sim em nível nacional; 10% (n=2) não souberam dizer; 5% (n=1)

responderam que sim em nível nacional e internacional. Nas justificativas, foram citadas duas expressões: “paliatividade exclusiva” e “protocolo SPIKES”. Cabe mencionar que o protocolo SPIKES é um protocolo de comunicação de notícias difíceis, portanto sem relação com o teor da pergunta formulada.

Quando solicitados a avaliar o conhecimento sobre os critérios para não reanimação cardiopulmonar de pacientes em UTI, 50% (n=10) avaliaram como “bom”; 40% (n=8) como “regular”; 5% (n=1) como “ruim”; 5% (n=1) como “péssimo”. Em relação ao contato com o tema na formação profissional, 65% (n=13) responderam afirmativamente, e 35% (n=7) negativamente. Nas respostas afirmativas, destacaram-se graduação e curso/evento específico, com 35% (n=7) cada; residência médica, com 30% (n=6); e atuação profissional, com 5% (n=1). Destaca-se que o participante podia marcar mais de uma opção nessa seção.

Em relação ao questionamento sobre a existência de dilemas éticos envolvidos na ONR, 75% (n=15) concordaram e 25% (n=5) discordaram. Entre as justificativas, foram citadas questões religiosas (40%, n=6); valores pessoais e familiares (40%, n=6); falta de conhecimento sobre o assunto por parte dos familiares (26,6%, n=4), da equipe de saúde (20%, n=3) e dos pacientes (13,3%, n=2). Cabe ressaltar que um dos participantes mencionou como justificativa a proibição da eutanásia no país, o que denota que alguns conceitos não são compreendidos, especialmente quando se aborda a não reanimação.

Quando foram solicitados a informar a frequência com que experimentaram conflito ético entre a indicação médica de não reanimação cardiopulmonar e suas concepções/valores pessoais, 35% (n=7) dos participantes responderam “nunca”; 35% (n=7), “raramente”; 20% (n=4), “às vezes”; 5% (n=1), “frequentemente”; e 5% (n=1) não souberam dizer.

Os participantes também foram perguntados se consideravam necessária a existência de recomendações/protocolos médicos de não reanimação específicos para pacientes oncológicos. Todos os participantes responderam “sim”, dos quais 80% (n=16) justificaram a resposta. Entre as justificativas, destacam-se as seguintes: auxílio na tomada de decisões (40%, n=8), avaliação de prognóstico terapêutico (40%, n=8), introdução de

cuidados paliativos (15%, n=3), respaldo médico e jurídico (10%, n=2). Ressalta-se que, por se tratar de resposta aberta, era possível abranger mais de um tópico.

Em relação à experiência profissional dos participantes com não reanimação cardiopulmonar em oncologia, observou-se que 75% (n=15) frequentemente intervêm durante uma parada cardiorrespiratória (PCR) de paciente oncológico internado em UTI, e apenas 25% (n=5) intervêm às vezes ou raramente.

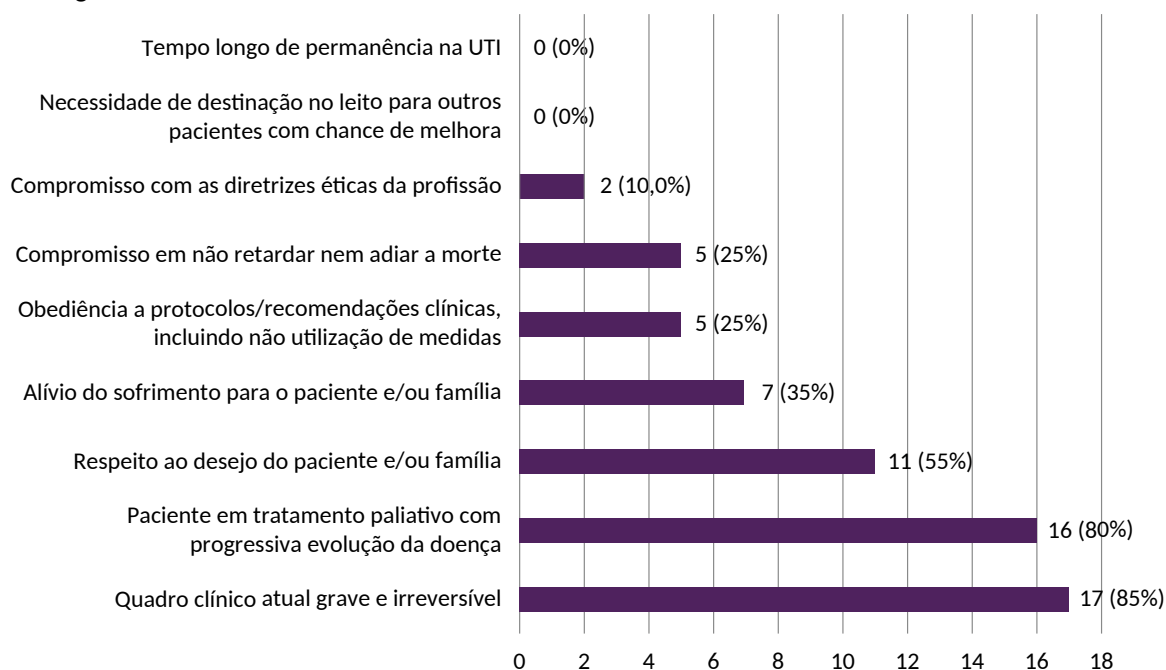
Quanto ao grau de importância atribuído ao tema no cenário hospitalar, a concordância foi unânime, e todos avaliaram o assunto como muito importante para o atendimento a pacientes oncológicos em UTI.

Foi também perguntado aos participantes se conheciam algum *guideline*, protocolo ou diretriz médica de não reanimação direcionado a pacientes oncológicos em UTI, e nenhum participante

respondeu afirmativamente. A frequência de respostas foi diferente quando foram indagados sobre protocolos de ONR: 35% (n=7) afirmaram conhecer algum protocolo nacional e/ou internacional, o que corrobora o desconhecimento de protocolos de ONR específicos para pacientes oncológicos.

Entre os argumentos para justificar o ato de não reanimar paciente oncológico em UTI que esteja em PCR, três se destacaram (os participantes puderam escolher mais de uma alternativa e acrescentar as próprias justificativas): quadro clínico atual grave e irreversível (85%, n=17), paciente em tratamento paliativo com progressiva evolução da doença (80%, n=16) e respeito ao desejo do paciente e/ou família (55%, n=11). Nenhum participante concordou que o tempo de permanência na UTI ou necessidade de destinação do leito para outros pacientes com chance de melhora fossem justificativas para a não reanimação (Figura 1).

Figura 1. Principais justificativas para considerar a não reanimação cardiopulmonar de pacientes oncológicos em UTI



UTI: unidade de terapia intensiva. As porcentagens são relativas ao total de participantes (n=20).

Quando os participantes foram perguntados se, em contexto de emergência em UTI, o médico deve lançar mão de todos os recursos disponíveis para salvar a vida, mesmo se tratando de paciente oncológico,

55% (n=11) concordaram totalmente, 40% (n=8) concordaram parcialmente, 5% (n=1) discordaram parcialmente e nenhum discordou totalmente. Em complemento a essa pergunta, os participantes

que concordaram total e parcialmente justificaram a escolha de utilizar todos os recursos disponíveis: quando há possibilidade de reversibilidade do quadro atual com posterior qualidade de vida (45%, n=9), por tratar-se de direito à vida (15%, n=3), caso o paciente não esteja em cuidados paliativos (15%, n=3), por ser juridicamente mais seguro (5%, n=1) e 15% (n=3) não justificaram. O único participante que discordou parcialmente o justificou pela impossibilidade de reverter a causa da PCR.

Em caso de paciente em cuidados paliativos, 55% (n=11) dos participantes afirmaram que mudariam sua conduta quanto a lançar mão de todos os recursos disponíveis para salvar a vida. Ao justificar as respostas, 30% (n=6) destacaram a importância da qualidade de vida e a intenção de não prolongar sofrimento. Ainda, 15% (n=3) também mencionaram a necessidade de análise individualizada do caso, com avaliação dos benefícios de tal medida para o paciente.

Em relação a situações de urgência e emergência que caracterizam iminente perigo de morte, 45% (n=9) dos participantes discordaram totalmente de adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, mesmo contra a vontade do paciente. Destes, 55% (n=11) justificaram-no pela importância do respeito à decisão do paciente.

Ainda acerca da pergunta anterior, caso se tratasse de familiar próximo do médico, 65% (n=13) dos profissionais afirmaram que levariam em consideração a vontade do paciente. Quando perguntados se o paciente fosse o próprio médico, 60% (n=12) discordaram totalmente de adotar as medidas, sendo o respeito à decisão do paciente a justificativa apontada em 30% (n=6) das respostas.

Quando perguntados se concordavam com a afirmação de que é dever do médico conversar com o paciente oncológico acerca da não reanimação cardiopulmonar, 75% (n=15) dos participantes concordaram totalmente. Desse total, 35% (n=7) apontaram como justificativa a importância de informar o paciente sobre seu quadro clínico e os possíveis prognósticos. Ademais, 15% (n=3) destacaram o cuidado de avaliar o quadro psicológico do paciente antes de abordá-lo em relação ao assunto.

Ao serem questionados sobre a abordagem da não reanimação cardiopulmonar com os familiares/acompanhantes dos pacientes oncológicos, 80% (n=16) dos participantes concordaram

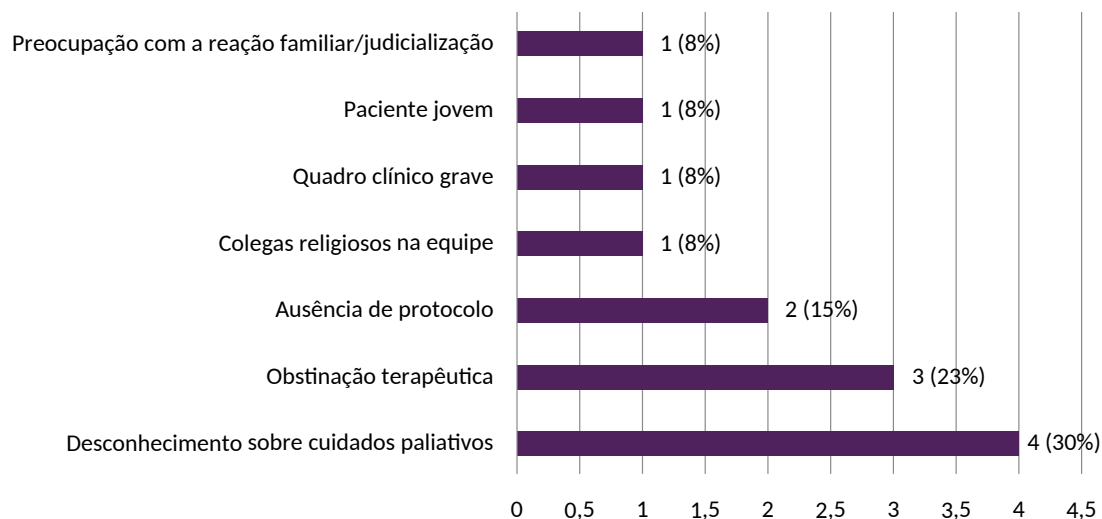
totalmente em tomar tal atitude. Destes, 30% (n=6) o justificaram pela importância de familiares estarem cientes do quadro clínico do paciente, e 20% (n=4) citaram a necessidade de explicar as limitações terapêuticas existentes.

Quando perguntados se concordavam que o médico deve conversar com colegas de equipe acerca da não reanimação cardiopulmonar, de modo que essa decisão seja compartilhada, 100% (n=20) concordaram totalmente, dos quais 70% (n=14) justificaram a resposta a essa pergunta. As justificativas foram agrupadas em categorias para facilitar a síntese das respostas: 45% (n=9) mencionaram a natureza multidisciplinar das intervenções; 15% (n=3), a necessidade de compartilhar as decisões entre a equipe para não gerar posturas conflitantes na abordagem familiar; 5% (n=1) destacaram o respaldo médico; e 5% (n=1), a definição coletiva de metas e planos terapêuticos.

Em relação à frequência com que os profissionais conversam sobre ordem de não reanimação com pacientes, 40% (n=8) afirmaram nunca ter esse diálogo; 25% (n=5), raramente; 25% (n=5), às vezes; e 10% (n=2), sempre. Já em relação à abordagem dos familiares, 50% (n=10) responderam que sempre conversam com a família sobre o assunto; 40% (n=8), às vezes; 5% (n=1), raramente; e 5% (n=1), nunca. Observou-se que a comunicação é mais comum com a equipe, já que 85% (n=17) afirmaram que sempre conversam com outros integrantes da equipe multiprofissional sobre essa decisão, e 15% (n=3), às vezes.

Quando perguntados se eram a favor de que a decisão médica de não reanimação cardiopulmonar fosse registrada em prontuário, 90% (n=18) responderam afirmativamente. Do total, 80% (n=16) justificaram as respostas: 30% (n=6) mencionaram a necessidade de seguir um plano terapêutico que atenda à condição clínica dos pacientes; 25% (n=5), o respaldo legal e ético da conduta; e 25% (n=5), a necessidade de ciência dos familiares/equipe.

A última pergunta do instrumento foi se a não reanimação cardiopulmonar para pacientes oncológicos em UTI representava dilema ético no cotidiano médico. Do total, 30% (n=6) dos participantes afirmaram que a ordem de não reanimação sempre representava dilema ético no cotidiano médico; 45% (n=9) afirmaram que às vezes; e 25% (n=5), raramente. 65% (n=13) dos participantes o justificaram, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Justificativas para considerar a ordem de não reanimação cardiopulmonar um dilema ético no cotidiano médico

As percentagens são relativas ao total de participantes que justificaram o questionamento (n=13).

Discussão

A distribuição dos participantes foi relativamente equilibrada entre homens (55%) e mulheres (45%). Embora essa diferença não seja grande, é importante considerar possíveis implicações de gênero na percepção e manejo de decisões médicas, já que estudos mostram diferentes atitudes e práticas clínicas entre homens e mulheres¹³.

A maioria tinha entre 30 e 39 anos (50%), faixa etária em que os profissionais ainda estão consolidando suas práticas clínicas e postura ética, dado o recente treinamento. Ainda, mais da metade eram médicos intensivistas (60%), grupo que frequentemente lida com decisões sobre não reanimação e tem mais experiência com situações críticas e de final de vida¹⁴.

Todos os participantes consideraram o tema ONR “muito importante”, especialmente por seu impacto nas decisões médicas sobre final de vida. Ademais, com a progressiva consolidação dos cuidados paliativos, alguns temas alcançaram maior visibilidade e, assim, chamaram atenção para a necessidade de compartilhamento das decisões e de respaldo legal no suporte a intervenções médicas¹⁵.

Na atualidade, espera-se que os médicos tenham maior observância às diretrizes éticas e legais da profissão e que respeitem a autonomia e os desejos dos pacientes. Embora os participantes

reconheçam a importância de compartilhar informações com pacientes, a maioria não tem essa prática no cotidiano, sendo mais comum que as informações sejam repassadas à família, o que corrobora achados encontrados em outros estudos¹⁶.

A constatação de que 65% dos participantes não conheciam protocolos de ONR aponta uma lacuna significativa, visto que o desconhecimento de diretrizes pode aumentar a insegurança dos profissionais no manejo de algumas situações clínicas. Apenas 20% conheciam protocolos nacionais, e 5%, tanto nacionais quanto internacionais, o que sugere divulgação limitada do que sejam as ONR. No Brasil, não há diretriz específica para não reanimação em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, enquanto, em nível internacional, o tema é abordado em *guidelines* de instituições como National Comprehensive Cancer Network (NCCN), European Society for Medical Oncology (ESMO), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e American Society of Clinical Oncology (ASCO)^{17,18}.

Protocolos nacionais são fundamentais para orientar e garantir a qualidade dos cuidados médicos. No entanto, sua eficácia depende de acesso à informação e treinamento contínuo, que certamente resultam em atendimento mais seguro e individualizado. A combinação de protocolos bem definidos e educação continuada é essencial para alcançar melhores resultados clínicos e maior segurança nas decisões.

A referência ao protocolo SPIKES, utilizado para comunicar más notícias, sugere confusão sobre o que constitui um protocolo de ONR. Por outro lado, 65% dos médicos tiveram contato com o tema durante a graduação ou por meio de cursos. Ademais, a residência foi mencionada por 30%, o que destaca sua relevância na aquisição desse conhecimento. Entretanto, apenas 5% citaram a prática clínica, o que sugere que a experiência cotidiana, isoladamente, não é suficiente para garantir uma compreensão robusta do tema.

Os dados indicam a necessidade de abordar os critérios de não reanimação na educação médica, especialmente nos programas de residência, em que os profissionais terão mais contato com a prática. No ensino de tais conteúdos, o uso de metodologias ativas pode ajudar a problematizar situações clínicas e aumentar a confiança dos médicos e, assim, resultar em decisões mais prudentes e embasadas, especialmente em UTI¹⁹.

Entre os participantes, 75% reconheceram dilemas éticos relacionados à não reanimação, dado que reflete a complexidade de tal decisão. As justificativas dos dilemas éticos incluíram questões religiosas, bem como valores pessoais e familiares, por seu impacto nas decisões de não reanimação. Observou-se ainda preocupação com a transgressão a normas legais e éticas e com o descumprimento de diretrizes institucionais.

O desconhecimento sobre ONR, relatado por 30% dos profissionais, pode gerar decisões eticamente inadequadas, e esse resultado precisa ser destacado. Ademais, a ONR não deve ser confundida com eutanásia, visto que envolve conceitos e interpretações distintos. A dificuldade de estabelecer essa diferença entre as duas coisas, mencionada por um médico, revela a importância de fomentar a discussão desses temas entre os intensivistas, a fim de que suas decisões se amparem em aportes técnicos e científicos, e não apenas em concepções pessoais.

A formação continuada dos profissionais é crucial para melhorar a compreensão dos dilemas éticos e legais relacionados à ONR. Embora 35% dos médicos não relatem conflitos entre a ONR e seus valores pessoais, 20% afirmaram ocasionalmente enfrentar dilemas relacionados, o que evidencia a necessidade de suporte para lidar com o impacto emocional dessas decisões²⁰⁻²². A criação de espaços para discutir questões éticas e programas

de suporte psicológico pode ajudar a mitigar o impacto dos dilemas e promover um ambiente de trabalho mais saudável e decisões mais equilibradas²⁰. Além disso, integrar a educação ética na formação médica e estimular discussões regulares pode fortalecer a capacidade dos médicos de lidar com esses desafios de forma eficaz e alinhada aos melhores interesses dos pacientes²¹.

Houve consenso entre os médicos sobre a necessidade de protocolos específicos de não reanimação para pacientes oncológicos. Isso demonstra a importância de diretrizes claras no contexto da UTI, visto que decisões de não reanimação podem ser complexas. Ainda, 40% dos médicos destacaram que tais protocolos forneceriam uma base sólida para decisões éticas e clínicas, reduzindo a subjetividade e minimizando conflitos entre profissionais, pacientes e familiares¹⁹.

Cerca de 40% dos participantes mencionaram que protocolos ajudam na avaliação e nas condutas diante de prognóstico reservado, especialmente em casos oncológicos. Além disso, diretrizes bem definidas contribuem para evitar intervenções fúteis e obstinadas, assim como para melhor comunicação com o paciente e familiares, especialmente no que concerne à indicação de cuidados paliativos exclusivos.

Do total, 15% dos participantes enfatizaram que a introdução precoce de cuidados paliativos melhora a qualidade de vida e alinha as intervenções aos desejos dos pacientes. Outros 10% destacaram o respaldo médico e jurídico oferecido pelos protocolos, na medida em que asseguram que decisões de ONR sigam as melhores práticas e normas legais e reduzem riscos de litígios.

Dada a frequência de PCR em pacientes oncológicos na UTI, é essencial que médicos sejam preparados para lidar com a dimensão ética e legal de suas decisões, haja vista que muitas famílias podem não compreender os motivos para a não reanimação. Por isso, as decisões precisam ser discutidas e compartilhadas de modo a privilegiar o acesso às informações, especialmente em situações críticas em que haja divergências de opinião.

Apesar da escassez de regulamentação ético-profissional sobre ONR no Brasil, a prática comum é implementá-las quando a morte é iminente e o quadro do paciente é irreversível^{23,24}. No entanto, a falta de clareza entre profissionais de saúde sobre ONR frequentemente adia a decisão, prolongando

o sofrimento do paciente. Isso poderia ser evitado com diretrizes mais claras e diálogo prévio sobre as preferências e indicações de tratamento.

Cabe mencionar que 85% dos profissionais concordaram que a gravidade e a irreversibilidade do quadro clínico são as principais justificativas para não reanimar, e 45% discordaram totalmente do uso de todos os recursos médicos em casos de comprometimento grave, justificando-o pela necessidade de avaliar o prognóstico do paciente. Tal posicionamento reflete a preocupação em favorecer a ortotanásia e evitar o prolongamento desnecessário do sofrimento. A qualidade de vida após a RCP torna-se, assim, ponto-chave²⁵. Entretanto, apenas 55% dos participantes apontaram como justificativa o respeito ao desejo do paciente ou da família.

Ressalta-se que 45% dos médicos discordaram do uso de todos os recursos em casos de recusa terapêutica por parte do paciente, o que demonstra progressiva valorização da autonomia na prática médica, em contraste ao paternalismo médico²³. Essa justificativa se manteve mesmo na hipótese de o paciente ser familiar do participante.

A maioria (75%) concordou que é dever do médico abordar o assunto com o paciente, a despeito dos possíveis desafios emocionais. Além disso, considerou-se importante avaliar o estado psicológico do paciente antes de compartilhar informações, pois aqueles com capacidade cognitiva comprometida podem ter dificuldades em tomar decisões relacionadas à finitude da vida²⁰.

Quando questionados sobre o diálogo com familiares ou acompanhantes dos pacientes, 80% dos médicos afirmaram concordar com a prática. Essa conduta está em consonância com as recomendações da literatura, pois há situações em que os familiares são responsáveis por tomar decisões em nome do paciente¹⁸. Além disso, a atitude dos médicos em engajar os familiares no processo de decisão é positiva quando se considera que muitos cuidadores são invisíveis para o sistema de saúde, que os enxerga apenas como executores de tarefas, sem reconhecer seu envolvimento emocional¹⁶.

O trabalho em equipe foi altamente valorizado pelos profissionais no contexto dos cuidados de fim de vida. Na UTI, as decisões terapêuticas são geralmente tomadas em consenso entre os membros da equipe, que devem evitar intervenções que não trarão benefício aos pacientes¹⁵. Tal integração suscita questões essenciais sobre o quadro

clínico do paciente, as metas de tratamento, a probabilidade de sobrevivência, a qualidade de vida e a necessidade de cuidados paliativos para evitar distanásia. Um estudo japonês demonstrou que idade, presença de malignidade e estado pós-operatório são os principais fatores que incidem na decisão de não reanimar²⁶.

O respeito à autonomia exige que o médico investigue as preferências do paciente em relação ao tratamento. Contudo, os achados revelaram uma lacuna: apesar de os profissionais reconhecerem a importância dessa comunicação, ela é pouco frequente. Tal fragilidade pode indicar que a formação médica ainda é limitada no que tange à problematização dos dilemas éticos da ONR, dificultando não apenas a comunicação médica, mas também o envolvimento de pacientes e familiares nesse tipo de discussão.

No tratamento oncológico, é essencial que todos os profissionais tenham treinamento em cuidados paliativos, o que favorecerá a tomada de decisão sobre a indicação de não reanimação. Para profissionais com atuação em UTI, tal abordagem se faz especialmente necessária e importante, pela delicadeza que o tema comporta. Não se trata de evitar conflitos éticos, mas de potencializar soluções para que as intervenções médicas em pacientes oncológicos em UTI sejam técnica e eticamente orientadas.

Considerações finais

Se, por um lado, a maioria dos participantes reconhece a importância das diretrizes de não reanimação, por outro, a falta de diretrizes e/ou protocolos direcionados ao contexto oncológico aponta a necessidade de intensificar a discussão do tema no âmbito da medicina. Ademais, as questões éticas e legais relacionadas à temática precisam ser problematizadas em profundidade, de forma a contemplar os desafios pessoais e comunicacionais enfrentados por médicos intensivistas.

Por fim, mesmo considerando as limitações na generalização dos achados, haja vista que a pesquisa foi realizada em hospital oncológico do Norte do Brasil, acredita-se que os resultados podem subsidiar pesquisas futuras e enriquecer o debate sobre a complexidade das situações clínicas aqui tratadas.

Referências

1. Wen FH, Chen CH, Chou WC, Chen JS, Chang WC, Hsieh CH, Tang ST. Evaluating if an advance care planning intervention promotes do-not-resuscitate orders by facilitating accurate prognostic awareness. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2020 [acesso 1 out 2024];18(12):1658-66. DOI: 10.6004/jnccn.2020.7601
2. Martina D, Kustanti CY, Dewantari R, Sutandyo N, Putranto R, Shatri H *et al*. Advance care planning for patients with cancer and family caregivers in Indonesia: a qualitative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022 [acesso 1 out 2024];21(1):204. DOI: 10.1186/s12904-022-01086-0
3. St Ledger U, Reid J, Begley A, Dodek P, McAuley DF, Prior L, Blackwood B. Moral distress in end-of-life decisions: a qualitative study of intensive care physicians. *J Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];62:185-9. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.12.019
4. Benbenishty J, Ganz FD, Lautrette A, Jaschinski U, Aggarwal A, Soreide E *et al*. Variations in reporting of nurse involvement in end-of-life practices in intensive care units worldwide (ETHICUS-2): a prospective observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2024 [acesso 1 out 2024];155:104764. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104764
5. Santos FL. Aspectos bioéticos na ordem de não reanimação: uma análise da percepção e conhecimentos dos médicos [dissertação] [Internet]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2019. Disponível: <https://bit.ly/44YgnUt>
6. Hou X, Lu Y, Yang H, Guo R, Wang Y, Wen L *et al*. Preferences for a good death: a cross-sectional survey in advanced cancer patients. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2022 [acesso 1 out 2024];12(4):570-7. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001750
7. Sultan H, Mansour R, Shamieh O, Al-Tabba' A, Al-Hussaini M. DNR and covid-19: the ethical dilemma and suggested solutions. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];12(9):560405. DOI: 10.3389/fpubh.2021.560405
8. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AW, Piscopo A *et al*. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acesso 1 out 2024];113(3):449-663. DOI: 10.5935/abc.20190203
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 1 out 2024]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4kL23V4>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 1 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3TNksWf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 1 out 2024]. p. 1-30. Disponível: <https://bit.ly/3IATYow>
12. Dib RV, Gomes AMT, Ramos RS, França LCM, Paes LS, Fleury MLO. Pacientes com câncer e suas representações sociais sobre a doença: impactos e enfrentamentos do diagnóstico. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2022 [acesso 14 out 2024];68(3):e-061935. Disponível: <https://bit.ly/44R13Zx>
13. Carmichael J, Abdi S, Balaskas K, Costanza E, Blandford A. Assessment of optometrists' referral accuracy and contributing factors: a review. *Ophthalmic Physiol Opt* [Internet]. 2023 [acesso 1 out 2024];43(5):1255-77. DOI: 10.1111/opo.13183
14. Sui W, Gong X, Qiao X, Zhang L, Cheng J, Dong J, Zhuang Y. Family members' perceptions of surrogate decision-making in the intensive care unit: a systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2023 [acesso 1 out 2024];137:104391. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104391
15. Ajzenberg H, Connolly E, Morrison K, Oczkowski S. Exercising medical judgement: resuscitation and "Decision-making for end-of-life care," a new policy from the college of physician and surgeons of Ontario. *Can J Anaesth* [Internet]. 2024 [acesso 1 out 2024];71(4):447-52. DOI: 10.1007/s12630-024-02724-2
16. Nitkunan A. End-of-life care. *Pract Neurol* [Internet]. 2024 [acesso 1 out 2024];24(4):345-6. DOI: 10.1136/pn-2023-004075

17. Dans M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC *et al*. NCCN Guidelines® Insights: palliative care, version 2.2021. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];19(7):780-8. DOI: 10.6004/jnccn.2021.0033
18. Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I *et al*. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];6(4):100225. DOI: 10.1016/j.esmoop.2021.100225
19. Suija K, Mason SR, Elsner F, Paal P. Palliative care training in medical undergraduate education: a survey among the faculty. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024 [acesso 1 out 2024];23(1):19. DOI: 10.1186/s12904-024-01351-4
20. Diviani N, Bennardi M, Gamondi C, Saletti P, Stüssi G, Delbue-Luisoni M, Rubinelli S. Awareness, attitudes, and beliefs about palliative care: results from a representative survey of the Italian-speaking swiss population. *PLoS One* [Internet]. 2023 [acesso 1 out 2024];18(11):0294807. DOI: 10.1371/journal.pone.0294807
21. Brasil. Ministério da Saúde. A avaliação do paciente em cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022 [acesso 1 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46h71oX>
22. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 1 out 2024];27(4):743-53. DOI: 10.1590/1983-80422019274353
23. Baek SK, Kim HJ, Kwon JH, Lee HY, Won YW, Kim YJ *et al*. Preparation and practice of the necessary documents in hospital for the “Act on decision of life-sustaining treatment for patients at the end-of-life”. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];53(4):926-34. DOI: 10.4143/crt.2021.326
24. Tusesen LD, Bülow HH, Ågård AS, Strøm SM, Fromme E, Jensen HI. Patient-physician conversations about life-sustaining treatment: treatment preferences and participant assessments. *Palliat Support Care* [Internet]. 2023 [acesso 1 out 2024];21(1):20-6. DOI: 10.1017/S1478951521001875
25. Oliveira HC, Sauthier M, Silva MMD, Crespo MDCA, Seixas APR, Campos JF. Do-not-resuscitate order in covid-19 times: bioethics and professional ethics. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 1 out 2024];42:20200172. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200172
26. Tsuji T, Sento Y, Nakanishi T, Tamura T, Kako E, Sato I *et al*. Incidence and factors associated with newly implemented do-not-attempt-resuscitation orders among deteriorating patients after rapid response system activation: a retrospective observational study using a Japanese multicenter database. *Acute Med Surg* [Internet]. 2023 [acesso 1 out 2024];10(1):870. DOI: 10.1002/ams2.870

Gustavo Batista Ferro – Graduando – gustavo.b.ferro@gmail.com

 0000-0002-2346-4065

Carlos Arthur da Silva Moraes – Graduando – carlosarthur1234@gmail.com

 0000-0003-2846-1733

Erick Antonio Rodrigues Mendes – Graduando – erickrmendes2@gmail.com

 0000-0002-3423-9904

Francinei Gomes Pinto – Graduando – fr4ncinei.gpinto@gmail.com

 0000-0003-2963-8473

Marcelo Gaia Epifane – Graduando – marceloepifane@gmail.com

 0000-0003-3520-9560

Ana Cristina Vidigal Soeiro – Doutora – acsoeiro1@gmail.com

 0000-0002-1669-3839

Correspondência

Gustavo Batista Ferro – Universidade do Estado do Pará. Travessa Perebebuí, 2623, Marco, CEP 66087-662. Belém/PA, Brasil.

Participação dos autores

Gustavo Batista Ferro participou da idealização do tema, coleta de dados, redação e revisão final do artigo. Carlos Arthur da Silva Moraes, Erick Antonio Rodrigues Mendes, Marcelo Gaia Epifane e Francinei Gomes Pinto participaram da coleta de dados, redação e revisão final do artigo. Ana Cristina Vidigal Soeiro orientou e participou de todas as etapas do estudo, desde a idealização do tema até a aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editores responsáveis: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 15.9.2024

Revisado: 10.10.2024

Aprovado: 29.5.2025