

Ordens de não ressuscitar por pacientes com câncer avançado no Brasil: uma análise bioética

Marina Bravi Galate Campos dos Santos¹  Amanda Sanchez Ferreira¹  Gustavo de Salvo Teixeira¹  Marina de Neiva Borba^{1,2} 

¹Centro Universitário São Camilo - CUSC. São Paulo/SP, Brasil.

²Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo - Cepedisa/USP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. São Paulo/SP, Brasil.

E-mail: mari.camposdossantos@gmail.com

Resumo Gráfico



Resumo

As Ordens de Não Ressuscitar (ONR) consistem na determinação expressa de não Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em pacientes com perda irreversível de consciência ou parada cardíaca não tratável. Embora complexo e multifatorial, o processo decisório das ONR faz parte da rotina dos departamentos de oncologia, que deve se basear em regulações éticas sobre o tema. Portanto, o objetivo do trabalho foi mapear diretrizes sobre ONR para pacientes oncológicos avançados e analisar tais orientações técnicas à luz da bioética. Realizou-se uma revisão integrativa em bases de dados científicas nacionais e internacionais e pesquisa documental nos sites do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Das referências selecionadas, constatou-se que: i) os documentos éticos e oncológicos nacionais não mencionam diretamente as ONR; ii) as diretrizes internacionais indicam passos na discussão das ONR com pacientes com câncer avançado, desde a construção de um vínculo de confiança com o paciente/família até a discussão das ONR e a elaboração de um plano de cuidados compartilhado. Conclui-se que, o câncer é um dos principais fatores para que um paciente solicite ONR e a ausência de diretrizes técnicas específicas sobre ONR para pacientes oncológicos avançados no Brasil pode acarretar reanimações cardiorrespiratórias fúteis e/ou gerar conflitos entre médico, pacientes e seus familiares, evidenciando desrespeito aos princípios bioéticos da autonomia, beneficência e não-maleficência.

Palavras-chave: Ordem de Não Ressuscitar. Ética Médica. Suspensão de Tratamento. Adesão a Diretivas Antecipadas.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Brasil terá aproximadamente 4 mil casos de câncer por ano até 2025¹. As estimativas calculadas pelo INCA desde 1995 apontam um crescimento do número de casos proporcional ao envelhecimento da população brasileira.

Esse aumento da quantidade de pessoas que irão conviver com câncer demandará, progressivamente, um suporte técnico e eticamente qualificado dos médicos oncologistas, conforme vem sendo destacado pela literatura^{2,3}, especialmente sobre medidas que garantam um atendimento humanizado, digno e respeitoso das vontades de fim de vida.

Dentre as medidas que afastam o prolongamento do sofrimento desses pacientes, destacam-se as Ordens de Não Ressuscitar (ONR), que consistem na determinação expressa de não Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em pacientes com perda irreversível de consciência ou com parada cardíaca não tratável⁴.

Embora complexo e multifatorial⁵, o processo decisório das ONR fará parte da rotina dos departamentos de oncologia que deverão se basear em diretrizes éticas e jurídicas específicas sobre o tema. Apesar deste cená-

rio, Nogueira *et al.*⁶ apontam que ainda não existem regulamentos ético-jurídicos claros sobre o uso das ONR por pacientes oncológicos em estágio avançado no Brasil, deixando legalmente desamparados e inseguros os profissionais da saúde como o pessoal da enfermagem.

Vale esclarecer que, atualmente, tanto as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM)^{7,8}, quanto a Política Nacional de Cuidados Paliativos pelo Ministério da Saúde (MS)⁹ não mencionam expressamente o respeito que os profissionais de saúde deveriam ter com relação às ONR embora autorizem eticamente a limitação ou suspensão de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que prolongam artificialmente o processo da morte.

Tal lacuna instigou a realização desta pesquisa que teve como objetivo mapear as diretrizes sobre ONR para pacientes oncológicos em estágio avançado no Brasil e analisar tais orientações técnicas à luz da Teoria Principlista da Bioética de Beauchamp e Childress¹⁰.

Assim, diante da necessidade de difusão de diretrizes sobre a utilização desse tipo de recusa de tratamento no Brasil, torna-se premente e necessária; haja vista o envelhe-

cimento da população e o conseqüente aumento da incidência de câncer que demandarão dos especialistas das áreas da saúde

um melhor preparo para o enfrentamento da questão emblemática da terminalidade humana.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão integrativa de literatura com base na busca de artigos nas seguintes plataformas de pesquisa: BVS, PubMed e SciELO no dia 19/01/2024 para responder à seguinte questão da pesquisa: "Quais são as diretrizes nacionais sobre ONR para pacientes oncológicos em estágio avançado e como tais diretrizes são analisadas sob a perspectiva da bioética?".

Foram utilizados nesta pesquisa os descritores MeSH (*Medical Subject Headings*): "do not resuscitate orders"; "medical oncology"; "bioethics". Utilizou-se, na mesma pesquisa, os entry terms correspondentes de cada descritor MeSH. A combinação de descritores e entry terms foi efetuada por meio dos operadores booleanos AND e OR. Apenas foram impostos limites de data para a busca nas bases de pesquisa PubMed (5 anos) e BVS (20 anos). As outras bases não tiveram limitação de tempo.

Para a seleção foi usada a Plataforma Rayyan® (<https://www.rayyan.ai/>). Foram adicionados os artigos resultantes das estratégias de busca e convidados três colaboradores para a seleção cega a partir da leitura de resumos e títulos. Liberou-se a revisão

de conflitos para todos os colaboradores, as quais foram resolvidas em consenso. Resolvido os conflitos, partiu-se para a leitura completa dos artigos incluídos na seleção cega. Feita, então, a inclusão final de artigos.

Foram encontrados, inicialmente, 50 artigos através das plataformas supracitadas. Dos 50 estudos, 11 foram selecionados após leitura dos títulos e resumo. Dentre os 11, 2 artigos foram excluídos por indisponibilidade do texto na íntegra e 2 foram excluídos devido ao desvio do assunto. Foram selecionadas também 8 referências por busca manual visando adequação ao tema conforme apresentado de forma gráfica na Figura 1, que evidencia o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis*¹¹.

Foram adotados como critérios de inclusão: a) artigos que abordassem as ordens de não reanimar em pacientes oncológicos; b) artigos disponíveis gratuitamente em sua íntegra. Como critério de exclusão, adotou-se: excluir artigos que não abordassem os critérios de inclusão contidos nos itens a e b. Na revisão final, foram incluídas 15 referências bibliográficas.

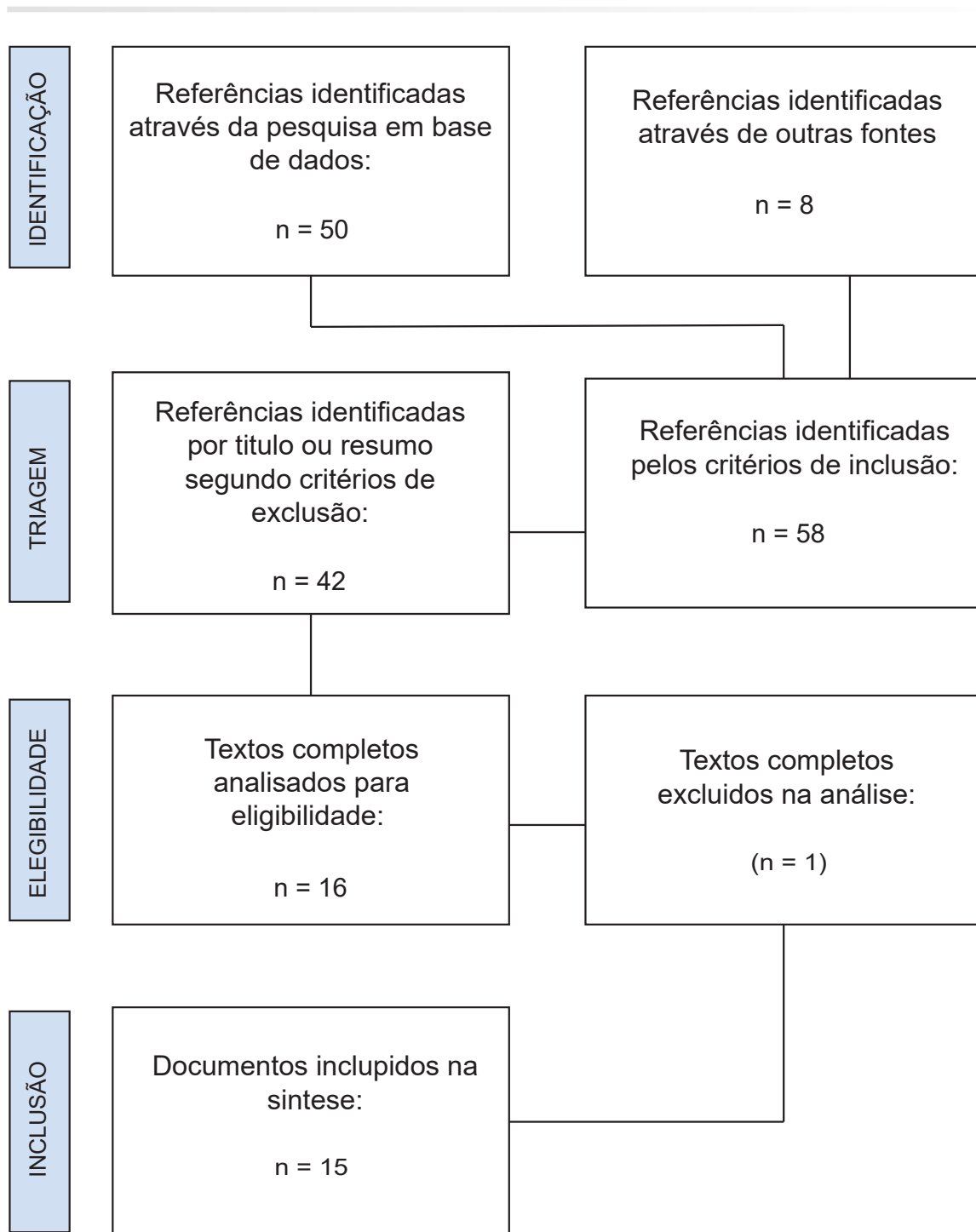


Figura 1 - Fluxograma Prisma-ScR® com aplicação da metodologia da pesquisa (2024).

Realizou-se ainda uma pesquisa documental sobre o tema nos sítios eletrônicos do Conselho Federal de Medicina (CFM), Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL),

European Association for Palliative Care (EAPC), *Internacional Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e da Sociedade Bra-

sileira de Oncologia Clínica (SBOC), utilizando-se os descritores anteriormente citados. Por

fim, 5 documentos nacionais foram selecionados.

RESULTADOS

A partir das referências bibliográficas encontradas, os resultados foram compilados em três categorias de análise: documentos nacionais sobre

o tema, diretrizes internacionais sobre ONR para pacientes oncológicos e (des)vantagens das ONR, apresentadas a seguir.

(In)Existência de documentos nacionais sobre ONR

A pesquisa documental realizada nos sites do CFM, ANCP, INCA, MS, SBB e SBOC não encontrou nenhum documento que aborde diretamente o tema das Ordens de Não Ressuscitar (ONR) para pacientes oncológicos e não oncológicos. Logo, infere-se que, no panorama brasileiro, não há até o momento normas éticas ou jurídicas específicas que orientem os profissionais de saúde com relação às ONR.

Na base de dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), foram encontradas apenas duas Resoluções que tratam indiretamente do tema: uma, sobre a possibilidade de suspensão de procedimentos invasivos em pacientes terminais, a Resolução n. 1.805⁷; e outra, sobre a possibilidade de o paciente expressar, antes de perder a lucidez, os seus desejos de fim de vida, a Resolução n. 1.995⁸.

A Resolução CFM n. 1.805/2006⁷ permite ao médico, quando o paciente estiver em fase terminal de vida com enfermidades graves e incuráveis, limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para o alívio dos sintomas que provocam sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, sendo necessário o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Ademais, o médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação, assegurado o direito a uma segunda opinião médica.

Dessa forma, como as ONR são compreendidas como uma forma de limitação de procedimentos médicos, essa resolução autoriza eticamente que os médicos respeitem a vontade do paciente que não desejar a reanimação cardiorrespiratória,

embora não a mencione expressamente.

Já a Resolução CFM n. 1.995/2012⁸ define as diretivas antecipadas de vontade (DAV) do paciente como a manifestação prévia de seus desejos sobre procedimentos e tratamentos que planeja, ou não, receber quando se encontrar incapaz de expressar a sua vontade de maneira livre e autônoma. No contexto das diretivas, o paciente pode simplesmente indicar um representante para expressar os seus interesses e preferências acerca das terapêuticas que devem ser aceitas ou evitadas. Em qualquer uma das duas situações (diretivas expressas pelo próprio paciente ou pelo representante), o médico levará em consideração as orientações que estiverem de acordo com o Código de Ética Médica, anotando-as no prontuário, podendo, inclusive, posicionar-se contra os desejos dos familiares que contrariarem os desejos expressos nas diretivas⁸.

De modo semelhante que a Resolução anterior⁷, verifica-se que, como as ONR podem ser objeto das diretivas antecipadas de vontade pelo paciente, essa Resolução de 2012 autoriza eticamente que os médicos respeitem a vontade expressa do paciente que não desejar a ressuscitação cardiopulmonar.

Com relação aos documentos oncológicos nacionais encontrados no site da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), constatou-se que existe um posicionamento claro sobre a relevância da inserção dos cuidados paliativos no tratamento oncológico do paciente com câncer avançado¹², de modo que a livre manifestação das preferências acerca dos tratamentos médicos expressados por meio de DAV e o consequente esforço coletivo em assegurar o cumprimento das vontades do paciente são considerados prin-

cípios norteadores dos cuidados paliativos. Além disso, a SBOC publicou em 2022 um guia para profissionais de saúde sobre os cuidados com pacientes oncológicos avançados nas últimas semanas de vida¹³ baseado na Resolução CFM n. 1.995/2012⁸. Esse guia destaca a relevância da autonomia do paciente: a tomada de decisão nesse momento final da vida deve estar bem alinhada com as preferências dele, consoante a implementação do consentimento informado.

Logo, os documentos da SBOC^{12,13} reafirmam a importância dos cuidados paliativos aos pacientes com câncer em estágio avançado, sem expressamente mencionar o respeito às ONR dadas pelo enfermo ou seu representante.

Por fim, no dia 7 de maio de 2024, foi publicada a Portaria do Gabinete da Ministra do Ministé-

rio da Saúde (GM/MS) n. 3.681 que, ao instituir a Política Nacional de Cuidados Paliativos, elencou como princípio norteador da prática de paliar a recusa de tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer (inciso VIII do artigo 2º)⁹.

Assim, verificou-se que nenhum dos 5 documentos (éticos ou oncológicos) nacionais encontrados abordou diretamente as ONR, limitando-se a permitir ao médico a suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, bem como a elaboração das diretivas antecipadas de vontade por parte do paciente ou de seu representante, nas quais se incluem – implicitamente – a observância às ONR pelos profissionais de saúde.

Diretrizes internacionais sobre ONR em pacientes oncológicos

As diretrizes internacionais mapeadas indicam os seguintes passos na discussão das ONR com pacientes com câncer avançado: i) estabelecimento de vínculo de confiança com o paciente e a família; ii) avaliação do entendimento deles sobre a condição médica; iii) conhecimento dos valores e preferências do paciente; iv) esclarecimento e discussão das ONR; v) enfrentamento das emoções; e, por fim, vi) elaboração de um plano de implementação das ONR.

Beauchamp e Childress (2013)¹⁰ ressaltam que a confiança é a base para uma relação terapêutica eficaz e ética. Um vínculo forte permite que os pacientes e suas famílias se sintam seguros para compartilhar informações sensíveis e confiar nas orientações dos profissionais. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde demonstrem empatia, transparência e comunicação clara.

Ademais, avaliar o entendimento do paciente e da família sobre a condição médica é crucial para garantir que eles tomem decisões informadas. Chen *et al.*¹⁴ destacam que os médicos devem verificar regularmente a compreensão dos pacientes sobre suas condições e tratamentos, corrigindo quaisquer mal-entendidos e fornecendo informações adicionais conforme necessário. Da mesma forma, os estudos de Lee *et al.*¹⁵, Mani *et al.*¹⁶ e Mathur *et al.*¹⁷ destacam a importância

da comunicação ativa entre médicos, pacientes e familiares na decisão de implementar ordens de não ressuscitar (ONR), o que pode promover melhor qualidade de vida nesse período de desafio emocional, ao passo que afasta a escolha por procedimentos invasivos e não benéficos.

Conhecer os valores e preferência do paciente também é fundamental para fornecer cuidados centrados no paciente. Como esclarecem Beauchamp e Childress¹⁰, a consideração dos valores pessoais e culturais do paciente é um aspecto crucial da tomada de decisões ética em saúde. Isso inclui entender as crenças religiosas, expectativas e desejos do paciente em relação aos tratamentos e cuidados de fim de vida. Na perspectiva de Garrido *et al.*¹⁸, é necessário que sejam reforçadas discussões respeitadas e abertas sobre as preferências individuais dos pacientes com câncer em estágio avançado, que apresentam a tendência por optarem por medidas menos agressivas em seus momentos finais de vida.

Além disso, estudos como os de Cocks *et al.*¹⁹ e Mathur *et al.*¹⁷ enfatizam a importância de conversas honestas e detalhadas sobre as ONR, abordando tanto os aspectos médicos quanto os valores desejados do paciente. Assim, discutir ONR requer sensibilidade e clareza para garantir que o paciente e a família compreendam completamen-

te as implicações de tais ordens.

Ainda de acordo com Beauchamp e Childress¹⁰, os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com as emoções dos pacientes e suas famílias, oferecendo suporte emocional e validando seus sentimentos. Wright *et al.*²⁰ encontrou uma associação positiva entre discussões bem conduzidas sobre o fim de vida e melhores resultados emocionais para pacientes e seus cuidadores.

Por fim, o desenvolvimento de um plano de cuidados envolve a integração de todas as infor-

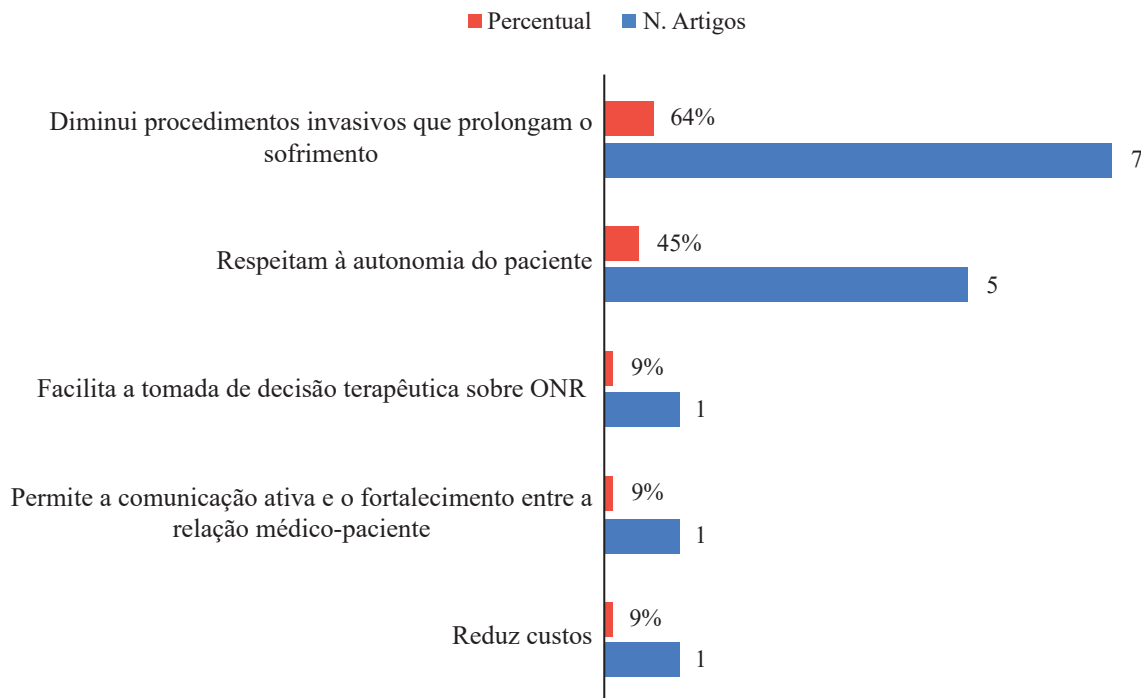
mações coletadas, como valores, entendimentos, preferências e aspectos emocionais, para formular um plano de tratamento que respeite a autonomia e os desejos do paciente. Lee *et al.*¹⁵ mostra que um plano bem definido pode melhorar a qualidade dos cuidados no final da vida e reduzir a incidência de intervenções indesejadas. Curtis e Barnato²¹ também destacam a importância da consistência entre os profissionais de saúde na implementação desses planos para assegurar que os desejos do paciente sejam respeitados em todas as fases do atendimento.

Vantagens e desvantagens das ONR

Os resultados acerca das vantagens da utilização das ONR por pacientes oncológicos mais ci-

tados nos artigos encontrados foram compilados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Vantagens da utilização das ONR por pacientes oncológicos mais citados na literatura.



Com base no gráfico apresentado e no estudo transversal de Waller *et al.*²², destaca-se que a habilidade de comunicação e a escuta ativa do médico são fundamentais para aliviar a angústia

psicológica dos pacientes. Essa prática promove acolhimento e envolve o paciente como o agente principal na condução do seu tratamento. Nesse cenário de prática médica centrada no

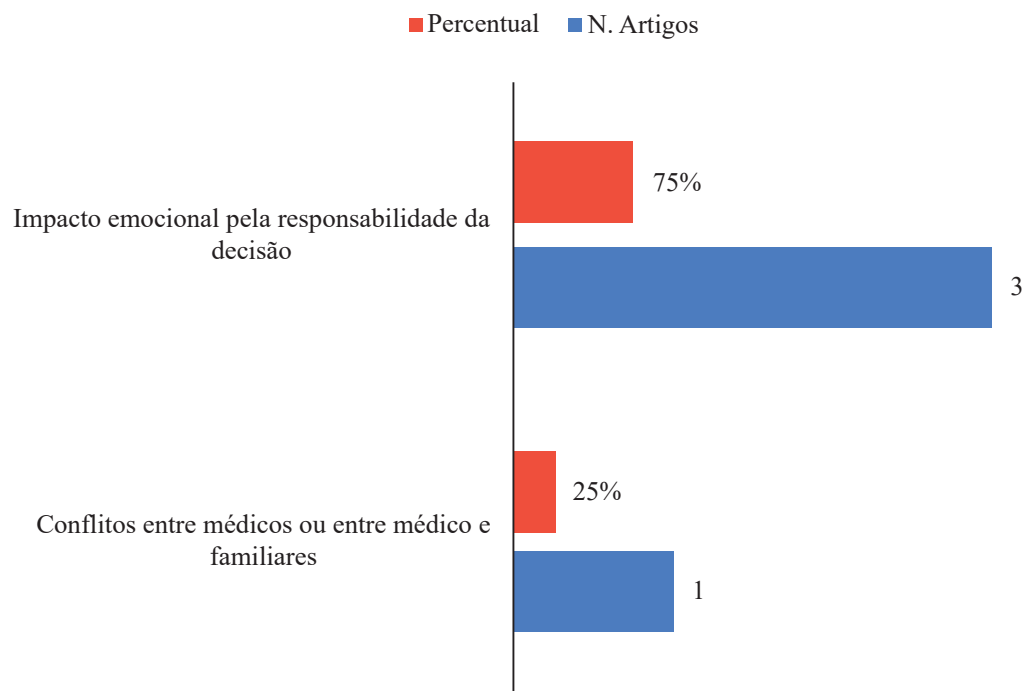
indivíduo, cujo objetivo é a participação ativa do enfermo no seu processo de cuidado, os documentos de Wright *et al.*²⁰, Garrido *et al.*¹⁸, Putzel *et al.*⁴, Zegers²³, Lee *et al.*¹⁵ e Allen²⁴. indicam que a decisão de restringir tratamentos invasivos em pessoas com doenças terminais, que não se beneficiam dessas medidas terapêuticas prolongadas, favorece a redução do sofrimento e facilita a decisão terapêutica na adesão da ONR, conforme observado também por Chen *et al.*¹⁴. Além disso, Garrido *et al.*¹⁸ aponta que a presença de uma ONR pode estar associada a custos mais baixos de cuidados no final da

vida, ao passo que práticas intervencionistas são poupadas.

Assim, de acordo com Garrido *et al.*¹⁸, Cocks *et al.*¹⁹, Putzel *et al.*⁴, Zegers²³ e Mathur *et al.*¹⁷, a autonomia do paciente é o principal aparato na organização e implementação da ONR, visto que, a partir da sua participação no planejamento de cuidados, as suas vontades são respeitadas e é proporcionado um fim de vida mais confortável.

Em relação às desvantagens da utilização das ONR por pacientes oncológicos mais citados nos artigos selecionados, apresenta-se os resultados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Desvantagens da utilização das ONR por pacientes oncológicos mais citados na literatura.



A partir da argumentação de Putzel *et al.*⁴, Garrido *et al.*¹⁸ e Wright *et al.*²⁰ destaca-se que o cenário da implementação da ONR em pacientes oncológicos pode ser um momento desafiador para os profissionais de saúde. Esse processo exige habilidades e discernimento para lidar com questões éticas, morais e emocionais, exigindo que a equipe de atendimento tenha uma gestão psicológica e

emocional adequada.

Além disso, na perspectiva de Mathur *et al.*¹⁷, podem surgir conflitos familiares frente à discordância em relação à abordagem terapêutica e à conduta médica, mesmo quando o objetivo é respeitar a dignidade humana, promover qualidade de vida e prevenir o de sofrimento prolongado em pacientes com condições terminais.

Análise das ONR à luz da Teoria Principlista da Bioética

Beauchamp e Childress, no livro *Principles of Biomedical Ethics*¹⁰, detalham os quatro princípios fundamentais da bioética, a seguir explicitados.

O princípio da autonomia se refere ao direito dos indivíduos de tomar suas próprias decisões informadas e voluntárias sobre seu próprio corpo e cuidados médicos. O princípio da não maleficência exige que os profissionais de saúde evitem causar dano intencionalmente; este princípio, de forma simples, explica que o médico deve pesar os benefícios e o ônus de todas as intervenções e tratamentos, evitando aqueles que são inadequadamente onerosos, e escolher o melhor curso de ação para o paciente. O princípio da beneficência implica a obrigação de agir em benefício do paciente, promovendo o bem-estar desses indivíduos e garantindo que os tratamentos ofereçam mais benefícios do que malefícios. Por fim, o princípio da justiça é interpretado como o tratamento justo, equitativo e apropriado das pessoas¹⁰.

Como a ausência de diretrizes técnicas específicas sobre ONR para pacientes oncológicos avançados no Brasil pode acarretar reanimações cardiorrespiratórias fúteis e/ou gerar conflitos entre médico, pacientes e seus familiares, conforme an-

teriormente explicado, tal lacuna normativa nacional implica desrespeito aos princípios bioéticos da autonomia, beneficência e não-maleficência.

Assim, para a observância do princípio da autonomia, torna-se relevante uma comunicação aberta e transparente com os pacientes e seus familiares, respeitando sua autonomia e desejos. Muitas vezes, inclusive, faz-se necessário o incentivo à discussão precoce e contínua sobre as preferências de tratamento do paciente, tal como a possibilidade de implementar as ONR, como destacado por Mani *et al.*¹⁶, Mathur *et al.*¹⁷ e Putzel *et al.*⁴. Nesse sentido, as diretrizes internacionais recomendam quando considerar as ONR em pacientes com câncer avançado: prognóstico, qualidade de vida e desejos do paciente são fatores que devem ser levados em consideração.

Igualmente, quanto aos princípios da não maleficência e da beneficência, torna-se imperioso ponderar os riscos e benefícios dos procedimentos médicos, incluindo a não ressuscitação cardiopulmonar (RCP), em pacientes com câncer avançado, que pode não ser benéfica e resultar em prolongamento do sofrimento sem melhoria significativa na qualidade de vida.

DISCUSSÃO

O processo de tomada de decisões na área da oncologia é complexo e envolve muitos fatores, tanto os modelos analíticos e racionais da melhor proposta terapêutica baseada em evidências, quanto para os aspectos biopsicossociais que envolvem o paciente oncológico. A variabilidade nas práticas e critérios de decisão sobre a ONR demonstra a necessidade de reconhecer e lidar com a complexidade das decisões para melhorar a prática clínica e garantir o cumprimento das vontades do paciente.

Em relação ao cenário internacional, os Estados Unidos unificaram o programa nacional *Portable Medical Orders* (POLST), um documento que serve para guiar o médico sobre decisões prévias do paciente que no momento da emergência não consegue expressar sua vontade sobre tratamentos e prescrições médicas. Esse planejamento foi estabelecido frente às condições

que envolvem a relação médico-paciente dentro de um cenário de doença avançada, como a comunicação acessível, o acesso à informação, o conhecimento sobre prognóstico e as formas de tratamento. Segundo o programa *CaringInfo*, este guia serve para comunicar a equipe de saúde as decisões do paciente sobre os cuidados médicos, incluindo as ONR que limitam as ações médicas de suporte à vida, visto que a patologia de base em curso é responsável pelo comprometimento de órgãos e qualidade de vida.

No Brasil, as perspectivas de respeito às ONR são preocupantes. Comin *et al.*²⁵ destaca o desconhecimento dos entrevistados sobre condições relacionadas ao processo de fim da vida, incluindo os cuidados paliativos: de acordo com a sua pesquisa, que entrevistou pacientes oncológicos brasileiros, 89% dos pacientes afirmaram que o profissional de saúde foi cuidadoso ao dar

o diagnóstico e explicar sobre a doença, no entanto 95% relataram não terem sido informados sobre a previsão de vida; que por consequência interfere no planejamento e a perspectiva do paciente sobre a doença e o seu futuro por conta de um prognóstico mal orientado²⁶.

Essa falta de uma abordagem empática e diligente pelos médicos durante os atendimentos leva o paciente ao desconhecimento do direito de recusar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, limitando a sua autonomia e acarretando insatisfações e desentendimentos entre

CONCLUSÃO

Conclui-se que, não obstante o câncer em estágio avançado seja um fator relevante para que um paciente solicite as ONR, não foram encontradas normas ou diretrizes éticas explícitas no Brasil no sentido de orientar os profissionais de saúde a discutir e implementar as ordens de não reanimação.

Certamente, a regulamentação ética de documentos que manifestem os desejos finais de pacientes oncológicos em estado avançado da doença de forma planejada e precoce já assegura o respeito aos princípios da autonomia, ao garantir que o paciente expresse seus valores e preferências sobre qual momento o RCP deve ser evitado.

Entretanto, a existência de orientações expressas sobre as ONR daria mais segurança aos profissionais de saúde perseguirem uma qualidade de vida digna aos pacientes (respeitando a beneficência), evitando, assim, o prolongamento do sofrimento acarretado por procedimentos e tratamentos médicos aos pacientes (que seria uma violação a não maleficência).

Dessa forma, a ausência de diretrizes técnicas específicas sobre ONR para pacientes oncológicos avançados no Brasil pode acarretar

familiares, médicos e pacientes. O planejamento antecipado de cuidados explicitado por Dias et al.²⁷ coaduna-se com o compartilhamento de conhecimento e o incentivo da autonomia do paciente ao enfatizar sua responsabilidade como agente principal nas discussões sobre tratamentos, expectativas e perspectivas para o futuro. Para isso ocorrer, o médico deve sair de seu modelo de atenção ao cuidado centrado na doença e colocar em prática o conhecimento médico que permita a tomada de decisões compartilhadas que se adaptam à vontade do paciente.

reanimações cardiorrespiratórias fúteis, além de gerar conflitos entre médicos, pacientes e seus familiares, evidenciando desrespeito aos princípios bioéticos acima citados.

A elaboração e o cumprimento das ONR devem seguir um padrão determinado por diretrizes e normas que especifiquem o momento e a forma de auxiliar os profissionais da saúde e familiares no momento decisório do final da vida dos pacientes.

A compilação das diretrizes internacionais selecionadas recomenda os seguintes passos: i) estabelecimento de vínculo de confiança com o paciente e a família; ii) avaliação do entendimento deles sobre a condição médica; iii) conhecimento dos valores e preferências do paciente; iv) esclarecimento e discussão das ONR; v) enfrentamento das emoções; e, por fim, vi) elaboração de um plano de implementação das ONR.

Seguir tal recomendação fará com que as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes acordadas com o médico sobre modalidades terapêuticas adequadas para cada situação sejam essenciais para o atendimento humanizado até o momento da morte.

Declaração de autor CRediT

Conceituação: Santos, MBGC. Curadoria de dados: Ferreira, AS. Análise formal: Teixeira, GS. Investigação: Santos, MBGC. Metodologia: Ferreira, AS. Administração de projetos: Teixeira, GS. Supervisão: Borba, MN. Validação: Ferreira, AS. Visualização: Teixeira, GS. Escrita - rascunho original: Santos, MBGC; Ferreira, AS; Teixeira, GS. Escrita - revisão e edição: Santos, MBGC; Borba, MN.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2022: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Acesso em 22 de março de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>.
2. Ferreira MC de Q, Oliveira MAN, Assis TAVAO de, Fontoura EG, Oliveira MBP, Gonçalves K dos SN, Gois JA. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado à pessoa em tratamento oncológico. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 8º de junho de 2021 [citado 3º de agosto de 2024];35. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43346>.
3. Rocha ARDP, Lee EY, Reis HMJ dos, De Domenico EBL, Matsubara M das GS. Análises das Demandas e Cenários de Apoio para Sobreviventes de Câncer: Revisão Integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 8º de dezembro de 2021 [citado 3º de agosto de 2024];67(4):e-221417. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1417>.
4. Putzel EL, Hilleshein KD, Bonamigo EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. *Rev. Bioét. (Impr.)*. Sep-Dec 2016; 24(3):596-602. DOI: 10.1590/1983-80422016243159.
5. Glatzer M, Panje C, Sifren C, Cihoric N, Putora P. Decision Making Criteria in Oncology. *Oncology* 17 June 2020; 98 (6): 370–378. DOI: 10.1159/000492272.
6. Nogueira EC, Santos TVS, Monteiro TG. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar - percepção do enfermeiro. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*. 2015;3(3):39-48. doi:10.17564/2316-3798.2015v3n3p39-48.
7. Brasil. Resolução CFM n. 1.805/2006, de 28 de novembro 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. *Diário da União*. De novembro de 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.
8. Brasil. Resolução CFM n. 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. De agosto de 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.
9. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024...
10. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 3ª ed. Prudenzi L, tradutor. São Paulo: Edições Loyola, 2013. p.9-13.
11. Page MJ, McKenzie Je, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46: e112. DOI: 10.26633/RPSP.2022.112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9798848/pdf/rpsp-46-e112.pdf>.
12. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC [página na internet]. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, Posicionamento da sobre Cuidados Paliativos e tratamento oncológico no paciente com Câncer Avançado, 15 ago. 2019 [acesso em 21 de março de 2024]. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/1661-posicionamento-da-sboc-sobre-cuidados-paliativos-e-tratamento-oncologico-no-paciente-com-cancer-avancado#:~:text=Estudos%20randomizados%20demonstram%20que%20os,na%20sobrevida%20global%20dessa%20popula%C3%A7%C3%A3o>.
13. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC); Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) [página na internet]. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, Cuidando de pacientes com câncer avançado nas últimas semanas de vida, jun. 2022 [acesso em 21 de março de 2024]. Disponível em: <https://app.sboc.org.br/wp-content/uploads/2022/09/03.22-Guia-Cuidados-de-vida-v4-2-1.pdf>.
14. Chen YY, Su M, Huang SC, Chu TS, Lin MT, Chiu YC, Lin KH. Are physicians on the same page about do-not-resuscitate? To examine individual physicians' influence on do-not-resuscitate decision-making: a retrospective and observational study. *BMC Med Ethics*. 2019 Dec; 20(1):92. DOI: 10.1186/s12910-019-0429-z.
15. Lee RY, Brumback LC, Sathitratnacheewin S, Lober WB, Modes ME, Lynch YT, Ambrose CI, Sibley J, Vranas KC, Sullivan DR, Engelberg RA, Curtis JR, Kross EK. Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment With ICU Admission Among Patients Hospitalized Near the End of Life. *JAMA*. 2020 Feb; 323(10):950-960. DOI: 10.1001/jama.2019.22523.
16. Mani RK, Simha S, Gursahani R, Mehta D, Garg P, Mathur R. DNAR Guidelines from ICMR: Meeting a felt need. *Indian J Med Ethics*. 2020 Oct-Dec; 5(4): 338-40. DOI: 10.20529/ijme.2020.095.
17. Mathur R, Indian Council of Medical Research Expert Group on DNAR. ICMR Consensus Guidelines on 'Do Not Attempt Resuscitation'. *Indian J Med Res*. 2020 Apr; 151:303-310. DOI: 10.4103/ijmr.IJMR_395_20.
18. 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 May; 49(5):828-835. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.09.015.
19. Cocks H, Ah-See K, Capel M, Taylor P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016; 130(Suppl. S2):S198-S207. DOI: 10.1017/S0022215116000633.
20. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, Mitchell SL, Jackson VA, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *JAMA*. 2008 Oct 8; 300(14). DOI: 10.1001/jama.300.14.1665.
21. Curtis JR, Barnato AE. Variability in Decisions to Limit Life-Sustaining Treatments Is It All About the Physician? 2014 Sep; 146(3):532-534. DOI: 10.1378/chest.14-0636.
22. Waller A, Turon H, Bryant J, Zucca A, Evans TJ, Sanson-Fisher R. Medical oncology outpatients' preferences and experiences with advanced care planning: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2019; 19:63. DOI: 10.1186/s12885-019-5272-6.
23. Zegers GM. Indicaciones restrictivas y anestesia. *Rev Chil Anestesia*. 2017 Apr; 46(1):14-18.
24. Allen MB, Bernacki RE, Gewirtz BL, Cooper Z, Abrams JL, Peetz AB, Bader AM, Sadovnikoff N. Beyond the Do-not-resuscitate Order: An Expanded Approach to Decision-making Regarding Cardiopulmonary Resuscitation in Older Surgical Patients. 2021; <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003937>.
25. National Hospice and Palliative Care Organization. POLSTs are portable medical orders [Internet]. CaringInfo.

26. Comin Júnior JJ, Silva BB, Souza BA, Ramos FO, Oliveira CS. The impact of lifestyle on the development of chronic diseases: a cross-sectional study. *J Health Res.* 2017;31(2):123-130.
27. Dias AB, Silva C, Pereira D. Advances in molecular biology: A review. *J Mol Biol.* 2022;50(4):123-130. DOI: 10.1000/j.jmb.2022.04.001.

Recebido: 31 maio 2024.
Aceito: 06 setembro 2024.
Publicado: 27 setembro 2024.