

Ordem de não reanimar sob a perspectiva de pacientes oncológicos e seus familiares

Do not resuscitate orders from the perspective of oncology patients and their relatives

Viviani Eidt*
Giuseppe Dias Bruneri*
Elcio Luiz Bonamigo*

395

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;4(3):395-403

Resumo

O presente estudo objetivou verificar a perspectiva dos pacientes oncológicos e familiares em relação à Ordem de Não Reanimar (ONR). Foram entrevistados 104 pacientes oncológicos e 100 familiares que frequentavam o serviço de oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil, no ano de 2014. Os termos ONR eram desconhecidos por 81,73% dos pacientes e por 82% dos familiares. Após esclarecimento do significado, 65,4% dos pacientes e 67% dos familiares mostraram-se favoráveis à ONR em caso de parada cardiorrespiratória de paciente em fase final de doença terminal. A decisão compartilhada entre pacientes, familiares e médico obteve a preferência de 58,65% dos pacientes e de 73% dos familiares, por iniciativa do médico que acompanha o tratamento, segundo 60,58% dos pacientes e 72% dos familiares. A realização de sua própria ONR foi considerada importante por 63,47% dos pacientes e 68,63% dos familiares e a implantação da Ordem de não reanimar no Brasil por 75% dos pacientes e 74% dos familiares. Concluiu-se que a maioria dos pacientes e familiares desconhecia os termos ordem de não reanimar, mas era favorável à implantação do procedimento no Brasil, à realização pessoal por meio de decisão compartilhada e que a abordagem ocorresse durante as consultas médicas. Os resultados deste estudo permitem inferir a necessidade de se ampliar a discussão sobre a Ordem de Não Reanimar, no âmbito ético e social, com a finalidade de se emitir orientações para assegurar a autonomia dos pacientes que se encontram na terminalidade da vida.

Palavras-chave: Bioética. Diretivas Antecipadas. Testamento quanto à Vida. Ordens de Não Ressuscitar. Autonomia Pessoal.

Abstract

This study aims to determine the perspective of oncological patients and their families in relation to the Do Not Resuscitate Order (DNR). A questionnaire was applied to 104 oncological patients and 100 relatives, who were attended to by the oncology service of Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, Santa Catarina, Brazil in 2014. The term DNR was unknown by 81.73% of the patients and by 82% of the relatives. After clarifying its meaning, 65.4% of patients and 67% of the relatives were favorable towards DNR in the event of cardiorespiratory failure of the patient, in the final phase of the terminal disease. A shared decision between the patients, their relatives, and the doctor was preferred by 58.65% of patients and 73% of the relatives; a decision prompted by the initiative of the doctor accompanying the treatment was preferred by 60.58% of the patients and 72% of the relatives. The execution of the DNR by the patient him/herself was considered important by 63.47% of the patients and 68.63% of the relatives, and the introduction of the DNR in Brazil was considered important by 75% of the patients and 74% of the relatives. It is concluded that the majority of the patients and relatives did not know the term "Do Not Resuscitate Order", but were favorable to the introduction of the procedure in Brazil, the personal realization through the shared decision, and that the approach would occur during medical visits. The results of this study enable us to infer the need to broaden the discussion on DNR, in the ethical social scope, in order to issue guidance to ensure the autonomy of patients who are in the terminal phases of life.

Keywords: Bioethics. Advance Directives. Living Wills. Do not Resuscitate Orders. Personal Autonomy..

DOI: 10.15343/0104-7809.20174103395403

*Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC. Joaçaba - SC. Brasil.
E-mail: vivibioq@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) não possui indicação para todos os pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória, podendo ser recusada. Ordem de Não Reanimar (ONR) consiste na expressa autorização do paciente ou, quando pertinente, do cônjuge, companheiro, representante ou dos familiares para a não adoção de medidas de reanimação em caso de parada cardiorrespiratória na fase terminal de doença incurável ou em circunstâncias que tornem irreversível sua recuperação. A decisão de não reanimar é adotada pelo médico assistente após ponderação e discussão com a equipe clínica sobre a inutilidade das manobras¹.

Nos anos 70 surgiram no mundo as primeiras diretrizes e políticas hospitalares que recomendavam a não adoção de medidas de reanimação cardiopulmonar. No entanto, a complexidade ética da aplicação fez com que não fossem de imediato universalmente aceitas². Nos Estados Unidos, na Austrália e em alguns países da Europa, objetivando a manutenção da autonomia do paciente, oportunizou-se a elaboração prévia de ONR para impedir a submissão às medidas de ressuscitação em casos indicados.

Entretanto, não há consenso entre duas vertentes de pensamento ético-legal: uma, que defende a autonomia dos pacientes, apoiando a limitação de tratamentos fúteis e da eutanásia ativa quando solicitada; outra que permite apenas o atendimento dos pedidos que preencham alguns critérios pré-definidos, recusando outros³.

No Brasil, a ONR não constitui prática especificamente reconhecida no âmbito da Ética Médica. Contudo, a limitação de procedimentos encontra amparo em dispositivos éticos e legais federais, entre os quais a Resolução CFM 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde^{4,5,6}. Entretanto, mesmo não sendo oficialmente reconhecida, tal conduta é adotada na prática hospitalar^{7,8}.

Em geral, são ordens médicas verbais e informais de não reanimação, emitidas sem esclarecimento e obtenção de consentimento prévio, possivelmente para evitar desgaste

emocional do paciente e da família⁹.

Assim sendo, emerge a importância de se debater a Ordem de Não Reanimar sob a perspectiva do paciente e dos seus familiares que em algum momento podem ser envolvidos nesta decisão. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi descrever o conhecimento e a atitude de pacientes oncológicos e seus familiares perante a Ordem Não Reanimar.

METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa de cunho quantitativo e transversal realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado.

A população constituiu-se de pacientes e familiares frequentadores da Clínica de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) de Joaçaba SC. A coleta de dados ocorreu durante o período de julho a setembro de 2014.

Foram incluídos pacientes e seus acompanhantes que se encontravam na sala de espera, aguardando o atendimento, com maioria confirmada (maiores de 18 anos) e concordantes do TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Não foram incluídos os menores de idade e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Não concordaram em participar 14 acompanhantes e 14 pacientes, sobretudo por se encontrarem em estágio de maior gravidade da doença. No serviço havia uma população de 800 pacientes e a amostra de conveniência consistiu de 104 pacientes e 100 familiares.

O questionário foi dividido em duas partes: a primeira continha perguntas sobre os dados sociodemográficos e a segunda sobre a atitude dos pacientes perante o tema proposto.

Quanto à análise dos dados, a influência das variáveis foi testada a partir dos testes de Fisher, Qui-quadrado (χ^2) e teste G (G). Todos os testes foram analisados a um nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Os programas estatísticos utilizados foram o BioEstat 5.0 e o GraphPadPrism.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOESC por meio do parecer n. 635.361, de 30 de abril de 2014.

RESULTADOS

Dos 104 pacientes entrevistados, 47 (45,19%) eram do sexo masculino e 57 (54,81%) do feminino. Entre os 100 familiares, 32 (32%) eram do sexo masculino e 68 (68%) do feminino. Em relação ao grau de parentesco, 84 (84%) familiares declararam-se cônjuges ou parentes de primeiro grau, 12 (12%) de segundo grau e 4 (4%) de terceiro grau.

Em relação à idade, 43 (41,35%) pacientes responderam estar na faixa etária acima de 61 anos, 33 (31,73%) entre 51-60 anos, 18 (17,31%) entre 41 e 50 anos, 7 (6,73%) entre 31 e 40 anos, 3 (2,88) entre 21 e 30 anos e nenhum informou idade menor que 20 anos. Entre os familiares, 16 (16%) declararam estar na faixa etária superior a 61 anos, 22 (22%) entre 51 e 60 anos, 28 (28%) entre 41 e 50 anos, 21 (21%) entre 31 e 40 anos, 9 (9%) entre 21 e 30 anos e 4 (4%) inferior a 20 anos. Um total de 90 (86,54%) pacientes declarou-se de religião católica, 13 (12,50%) evangélica e 01 (0,96%) de outra religião. Entre os familiares, 84 (84%) declararam-se católicos e 16 (16%) evangélicos.

Quanto ao grau de escolaridade, 02 (1,92%) pacientes eram analfabetos, 63 (60,58%) tinham ensino fundamental incompleto, 16 (15,38%) o ensino fundamental completo, 3 (2,88%) o ensino médio incompleto, 15 (14,42%) o ensino médio completo, 01 (0,96%) o ensino superior incompleto e 4 (3,85%) o ensino superior completo. Já entre os familiares, 38 (38%) referiram ter cursado até o ensino médio incompleto, 20 (20%) ensino fundamental incompleto, 15 (15%) ensino fundamental completo, 15 (15%) ensino superior incompleto, 3 (3%) ensino superior completo e 1 (1%) referiu ser analfabeto. Perguntados sobre os termos Ordem de Não Reanimar, 85 (81,73%) pacientes responderam que desconheciam e 19 (18,27%) que conheciam. Entre os familiares, 82 (82%) desconheciam e 18 (18%) conheciam. Não houve diferenças significativas entre os grupos ($p>0,05$) (Tabela 1).

Após a explicação sobre o significado dos termos Ordem de Não Reanimar, os entrevistados foram questionados se eram favoráveis ou desfavoráveis a não ressuscitar paciente em estado terminal de vida com parada cardiorrespiratória. Entre os pacientes, 29 (27,88%) declararam-se muito favoráveis e 39 (37,50%) responderam

um pouco favorável, 13 (12,5%) declararam-se um pouco desfavoráveis e 23 (22,12%) muito desfavoráveis. Entre os familiares, 25 (25%) declararam-se muito favoráveis e 42 (42%) pouco favoráveis, 16 (16%) pouco desfavoráveis e 17 (17%) muito desfavoráveis. Não houve diferenças significativas entre os grupos ($p>0,05$) (Tabela 2).

Interrogados sobre quem deve decidir sobre a saúde de um paciente em estado terminal de vida, 61 (58,65%) preferiram a decisão conjunta entre o médico, paciente e familiar, 26 (25%) a decisão pessoal do próprio paciente, através de testamento vital ou prontuário, 9 (8,65%) a decisão do médico e 8 (7,69%) a decisão do médico com o paciente. Já entre os familiares, 73 (73%) preferiram a decisão conjunta entre médico, paciente e familiar, 12 (12%) que o próprio paciente deveria decidir sobre a sua saúde, 6 (6%) a decisão do médico e 9 (9%) a decisão do médico com o paciente (Tabela 3).

Perguntou-se ainda a opinião sobre a implantação da Ordem de Não Reanimar no Brasil. Dos 104 pacientes, 25 (24,04%) foram muito favoráveis e 53 (50,96%) pouco favoráveis. Os pacientes desfavoráveis foram 26 (25%), sendo 12 (11,54%) um pouco desfavoráveis e 14 (13,46%) muito desfavoráveis. Entre os 100 familiares, 24 (24%) demonstraram serem muito favoráveis 44, 50 (50%) pouco favoráveis, 3 (13%) pouco desfavoráveis e 13 (13%) muito desfavoráveis (Tabela 4).

Questionados sobre a importância de o médico levar em consideração uma norma ética sobre Ordem de Não Reanimar emitida pelo Conselho Federal de Medicina, 19 (18,27%) consideraram muito importante que essa norma seja cumprida, 69 (66,36%) importante, 9 (8,65%) pouco importante e 7 (6,73%) nada importante. Para os familiares, a opção muito importante foi citada por 27 (27%) participantes, importante por 63 (63%), 8 (8%) responderam pouco importante e 2 (2%) nada importante, conforme demonstra a (tabela 5).

Questionados sobre a importância da explicação do médico sobre a ONR durante as consultas, entre os pacientes 29 (27,88%) julgaram como sendo muito importante, 61 (58,65%) importante, 10 (9,62%) pouco importante, 4 (3,85%) nada importante. Entre os familiares, 37 (37%) julgaram muito importante e 57 (57%) importante, 5 (5%) pouco importante e 1 (1%) nada importante.

O próximo questionamento foi a respeito da importância dos pacientes realizarem sua ONR, ou seja, que o paciente deixe registrado em documento ou prontuário essa decisão. Encontrou-se que 12 (11,54%) pacientes consideraram muito importante, 66 (63,46%) importante, 17 (16,35%) pouco importante e 9 (8,65%) nada importante.

Entre os familiares, 18 (18%) responderam ser muito importante, 74 (74%) importante, 7 (7%) pouco importante e 1 (1%) nada importante. Perguntados sobre a realização de sua própria ONR no caso de uma doença grave, 20 (19,23%) dos pacientes responderam definitivamente sim, 46 (44,24%) provavelmente sim, 21 (20,19%) provavelmente não e 17 (16,34%) definitivamente não.

Já entre os familiares, 29 (29%) responderam definitivamente sim, 45 (45%) provavelmente sim, 14 (14%) provavelmente não e 12 (12%) definitivamente não. Não houve diferenças significativas entre os grupos, religião e faixa etária dos participantes ($p>0,05$). Sobre o momento em que desejavam que fosse abordada a ONR, 63 (60,58%) pacientes responderam durante as consultas, com o médico que o estivesse assistindo, 19 (18,27%) apenas quando estivesse

em estado crítico, 13 (12,50%) durante o internamento hospitalar e 9 (8,65%) por ocasião da admissão hospitalar. Entre os familiares 72 (72%) responderam durante as consultas, com o médico que o estivesse assistindo, 16 (16%) apenas quando estivesse em estado crítico, 10 (10%) durante o internamento hospitalar e 2 (2%) por ocasião da admissão hospitalar.

Perguntados sobre a pretensão da realização de sua própria ONR no próximo ano, entre os pacientes obteve-se 2 (1,92%) respostas definitivamente sim, 17 (16,35%) provavelmente sim, 60 (57,69%) provavelmente não e 25 (24,04%) definitivamente não. Entre os familiares, houve 11 (11%) respostas provavelmente sim, 61 (61%) provavelmente não e 28 (28%) definitivamente não.

E por fim, sobre a intenção de elaborar sua própria ONR num prazo superior a 1 ano. Considerando os pacientes, 3 (2,88%) responderam definitivamente sim, 47 (45,19%) provavelmente sim, 33 (31,73%) provavelmente não e 21 (20,19%) definitivamente não. Entre os familiares 6 (6%) responderam definitivamente sim, 58 (58%) provavelmente sim, 25 (25%) provavelmente não e 11 (11%) definitivamente não.

Tabela 1 – Conhecimento sobre os termos Ordem de Não Reanimar entre pacientes e familiares. Joaçaba SC, 2014.

O (a) Sr(a) conhece ou já ouviu falar em Ordem de Não Reanimar?	Pacientes		Familiares		Total	
	n	%	n	%	n	%
Respostas						
Não	85	81,73	82	82,00	167	81,87
Sim	19	18,27	18	18,00	37	18,13
Total	104	100	100	100	204	100

Tabela 2 – Não ressuscitação em caso de parada cardiorrespiratória em paciente com doença terminal. Joaçaba SC, 2014.

O Sr(a) é favorável a não ressuscitar em caso de Parada Cardiorrespiratória de paciente terminal?	Pacientes		Familiares		Total	
	n	%	n	%	n	%
Respostas						

continua...

Muito favorável	29	27,88	25	25,00	54	26,47
Um pouco favorável	39	37,50	42	42,00	81	39,71
Um pouco desfavorável	13	12,50	16	16,00	29	14,22
Muito desfavorável	23	22,12	17	17,00	40	19,60
Total	104	100	100	100	204	100

Tabela 3 – Quem deve decidir sobre a saúde de um paciente com doença terminal. Joaçaba SC, 2014.

Em caso de paciente em estado terminal de vida, quem deve decidir sobre sua saúde?	Pacientes		Familiars		Total	
	n	%	n	%	n	%
Respostas	n	%	n	%	n	%
O médico do paciente	9	8,65	6	6,00	15	7,35
O médico juntamente com o paciente	8	7,69	9	9,00	17	8,33
O médico juntamente com o paciente e familiar	61	58,65	73	73,00	134	65,69
O paciente através de testamento vital ou assinatura em prontuário quando for capaz	26	25,00	12	12,00	38	18,63
Total	104	100	100	100	204	100

Tabela 4 – Perspectiva sobre implantação da Ordem de Não Reanimar no Brasil. Joaçaba SC, 2014.

O Sr (a) é favorável à implantação da Ordem de Não Reanimar no Brasil?	Pacientes		Familiars		Total	
Respostas	n	%	n	%	n	%
Muito favorável	25	24,04	24	24,00	49	24,02
Um pouco favorável	53	50,96	50	50,00	103	50,49
Um pouco desfavorável	12	11,54	13	13,00	25	12,25
Muito desfavorável	14	13,46	13	13,00	27	13,24
Total	104	100	100	100	204	100

Tabela 5 – Opinião de pacientes e familiares sobre a importância de o médico levar em consideração norma sobre ONR. Joaçaba SC, 2014.

Caso o Conselho Federal de Medicina venha a emitir uma norma ética para os médicos sobre Ordem de Não Reanimar, o Sr.(a) considera importante que seu médico a leve em consideração?	Pacientes		Familiares		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito importante	19	18,27	27	27,00	46	22,55
Importante	69	66,35	63	63,00	132	64,71
Pouco importante	09	8,65	8	8,00	17	8,33
Nada importante	07	6,73	2	2,00	9	4,41
Total	104	100	100	100	204	100

DISCUSSÃO

Tratou-se de um estudo que possui limitações por ter sido realizado em um único hospital e com amostra de conveniência. A maioria dos pacientes e familiares desta pesquisa desconhecia os termos Ordem de Não Reanimar, sem que houvesse diferenças de respostas entre os grupos ($p > 0,05$). Estes resultados diferem substancialmente das respostas de 429 pacientes de um serviço de saúde primário no Canadá em que 84% já tinham ouvido falar sobre os termos Ordem de Não Reanimar¹⁰.

Em outro trabalho realizado nos Estados Unidos com 425 pacientes, 70% dos que estavam no grupo da não reanimação (*no code*) conheciam a mecânica do procedimento e no grupo com indicação de reanimação (*full code*) este índice subiu para 72,4%, mas entre os indecisos (*undecided*) baixou para 45,5%¹¹. A aceitação da ONR costuma ser maior quando o paciente é portador de doença grave acompanhada de sintomas intratáveis, como dor severa, náuseas e fadiga¹². Ocorre que no Brasil, até o presente momento, não existe regulamentação legal específica a respeito da elaboração de Ordem de Não Reanimar e as orientações éticas existentes para esta conduta, tais como a Resolução CFM 1.805/2006⁴ e o

Código de Ética Médica⁶, não são específicas, justificando o alto desconhecimento da população entrevistada a respeito deste tema.

A maioria dos pacientes e familiares, após receber a explicação sobre o significado dos termos, mostrou-se favorável à Ordem de Não Reanimar paciente em estado terminal de vida em caso de parada cardiorrespiratória, sem que fossem observadas diferenças significativas entre os grupos. Contudo, estudo internacional realizado em Jerusalém mostrou menor aceitação já que os participantes concordaram com apenas 33% das 67% das recomendações de Ordem de Não Reanimar feitas por médicos¹³. Estes resultados refletem a diversidade de interpretação existente que pode decorrer tanto da carência de conhecimento como da idade e dos fatores culturais, sinalizando para a necessidade de se ampliar os estudos e as discussões sobre o tema. Os participantes manifestaram sua preferência por uma decisão compartilhada entre pacientes, familiares e médico. Resultado semelhante foi encontrado em trabalho internacional em que a maioria dos pacientes oncológicos optou pelo envolvimento de um familiar na discussão, destacando a importância desse apoio nas decisões, embora 32% dos pacientes e 28% dos

familiares preferissem dar ao médico a decisão final¹⁴, índice maior do que o encontrado no presente estudo que foi, respectivamente, de 8,65% e 6%. Um estudo realizado com 28 pacientes portadores de câncer avançado sobre a decisão dos tratamentos a serem empregados revelou que todos desejavam a decisão compartilhada, com a participação de seu médico no processo, devido sua experiência clínica. Contudo, dois pacientes que duvidavam de sua própria capacidade de tomar decisões preferiram dar um papel mais decisivo ao médico¹⁵. Em outro estudo com pacientes oncológicos¹⁶ a preferência foi pela decisão do paciente juntamente com os familiares e o médico em caso de doença em fase terminal. O respeito à autonomia do paciente associado à necessidade de informações essenciais do médico valoriza e faz da decisão compartilhada a solução ideal.

A concordância dos participantes da presente pesquisa com a possibilidade de emissão, pelo Conselho Federal de Medicina, de norma sobre Ordem de Não Reanimar foi ampla, evidenciando a valorização e a aceitação de emissão de norma que venha orientar a conduta dos médicos nesta temática. Pacientes e familiares concordaram que o médico precisa levar em consideração a ONR do paciente. No Brasil, por não existirem políticas institucionais hospitalares oficiais sobre não-ressuscitação, raramente são encontradas decisões formalmente adotadas pelos médicos. Entretanto, além da Resolução CFM 1805/2006⁴, o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica (2009)⁶ orienta o médico a levar em consideração as vontades do paciente portador de doença incurável e terminal⁶, mas a ausência de norma específica poderia causar o temor de um ato ilícito⁸. Assim, infere-se que uma norma regulamentadora específica no âmbito da Ética Médica sobre ONR preencheria essa lacuna e traria mais segurança aos médicos.

A explicação sobre ordem de não reanimar durante as consultas é desejável, segundo a manifestação da maioria dos pacientes e familiares desta pesquisa. As discussões sobre ordem de não reanimar são difíceis tanto para médicos como para pacientes, resultando em seu preenchimento postergado para pouco

antes da morte e comumente por meio de documentos assinados por familiares¹⁴. Os cenários mais propensos à recusa ocorrem quando a recomendação de não reanimação parte do médico com quem o paciente não tinha tido nenhum contato prévio, bem como pela recusa do médico em responder perguntas ou ainda pela presença de pessoas desconhecidas nestas discussões¹⁷. Para o paciente é desejável um relacionamento de suporte com o médico assistente, que lhe traga informações com honestidade, em ambiente de confiança, sobre o diagnóstico e prognóstico.

A maioria dos entrevistados considerou importante a elaboração pessoal de sua ONR. Em estudo realizado em Portugal¹⁸, a maioria dos enfermeiros entrevistados informou que as ONR eram normalmente escritas em prontuário, porém, embora em menor número, a comunicação também era oral. Os autores observaram que a falta de registro pode gerar falhas na transmissão da informação e contribuir para a obstinação terapêutica. Neste contexto, pressupõe-se que a falta de regulamentação específica no Brasil possa causar, entre os profissionais, receio de problemas judiciais e, conseqüentemente, inibição do registro de ONR. Outro aspecto a ser considerado é o étnico-religioso: em nossa pesquisa, observou-se que a religião não interferiu na decisão pessoal de documentar sua ONR no grupo dos pacientes e no grupo de familiares (ambos com $p>0,05$), resultado diferente do observado em uma pesquisa realizada no Departamento de Enfermagem Geriátrica de Jerusalém, em que dois terços dos membros da família opuseram-se à ONR e as pessoas que se identificaram como religiosas, ou a quem a fé religiosa é importante, solicitaram fortemente a reanimação¹³.

Um estudo sobre a perspectiva dos pacientes oncológicos, familiares e oncologistas sobre a RCP, revelou que 58% dos pacientes gostariam de ser ressuscitados, mesmo após serem informados das altas taxas de insucesso da RCP na população com câncer, sem diferenças significativas entre os resultados de pacientes e familiares sobre esta decisão¹⁴. Em estudo realizado na mesma região com pacientes oncológicos, 74% manifestaram o desejo de ser reanimados em qualquer situação¹⁶. Contudo, estudo realizado somente com

médicos mostrou que 94% são desfavoráveis a serem reanimados em fase final de doença incurável¹⁹. A consciência de um diagnóstico grave, acompanhado de prognóstico de sofrimento físico, desfavorece a aceitação da RCP e favorece a aceitação da ONR²⁰. Nesse aspecto, o mau prognóstico de sobrevivência, sobretudo quando se associa à idade avançada, deve ser compartilhado com o paciente como parte de um processo de tomada de decisão²¹, evidenciando a importância da comunicação hábil e sincera dos profissionais responsáveis por sua assistência.

A maioria dos participantes apontou que a iniciativa de abordagem sobre ONR deve partir do médico assistente. Este resultado assemelha-se ao de outro estudo no qual 86% dos pacientes escolheram o médico assistente como a pessoa preferida para a discussão sobre ordem de não reanimar e, quanto ao local, 46% indicaram o consultório como o melhor lugar¹⁰. Assim como no presente estudo, apenas a minoria (2%) manifestou seu desejo de realizar essa discussão durante a admissão hospitalar. Tal resultado sinaliza para a necessidade de se incentivar estas discussões antes do internamento e o médico assistente configura-se como o profissional mais indicado para tomar esta iniciativa. A vontade expressa pelo doente deve ser considerada como fundamental para o seguimento das medidas terapêuticas, embora os médicos nem sempre aceitem limitá-las, mesmo sendo o melhor benefício para o paciente¹⁸. Em estudo que analisou óbitos de pacientes oncológicos de hospital universitário de Taiwan, país onde as ONR foram instituídas no ano 2000, observou-se que em 99,8% dos prontuários havia registro de ONR, mas apenas 22,6% dos documentos foram assinados pelos próprios pacientes, concluindo-se que a discussão e a obtenção de ONR chegaram tarde demais²². Resultados semelhantes foram encontrados na Espanha em que somente a minoria dos pacientes teve a oportunidade de participar da elaboração de sua própria ONR, sendo a maioria assinada por representantes²³.

Nos EUA, onde diretrizes nacionais recomendam discussões sobre terminalidade de vida, um estudo prospectivo com pacientes portadores de diagnóstico de câncer de pulmão ou colorretal evidenciou que 73% tiveram

esta oportunidade devidamente anotada em registros ambulatoriais e hospitalares. Do total, 55% das primeiras discussões ocorreram, em média, 33 dias antes da morte²⁴. Estes resultados ressaltam a importância da abordagem prévia da ONR para a preservação da autonomia dos pacientes.

A discussão com o paciente implica em explicar os resultados e riscos possíveis de uma ressuscitação, bem como as razões para o paciente não a receber. Tais discussões exigem tratamento cuidadoso, já que os pacientes podem ser particularmente vulneráveis durante uma internação hospitalar, podendo o assunto não ser bem recebido ou mal compreendido¹⁴. O paciente tem o direito de aceitar ou recusar tratamentos conforme garantem os dispositivos da Ética Médica e a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde^{4,5,6}. Assim, para que o paciente possa exercer sua autonomia plena, evidencia-se a necessidade de se incentivar a discussão sobre a ONR com os pacientes, ainda no âmbito pré-hospitalar. A maioria dos pacientes e familiares manifestou a intenção de elaborar ONR no prazo superior a um ano. Porém, quando perguntados sobre elaborar no prazo de um ano, somente a minoria concordou. A disposição pode mudar durante a vida, de acordo com os fatores em jogo, sobretudo com a aproximação do final quando o número de pessoas que optam por ONR aumenta consideravelmente²⁵.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes e familiares desconhecia os termos Ordem de Não Reanimar. No entanto, após esclarecimento sobre o significado, a maioria mostrou-se favorável à utilização do procedimento em caso de parada cardiorrespiratória de paciente em fase terminal de doença avançada progressiva.

A decisão compartilhada, com a participação de pacientes, familiares e médico, prevaleceu nos dois grupos entrevistados e a preferência pelo melhor momento de abordagem foi durante as consultas pelo médico que acompanha o tratamento. A maioria dos participantes mostrou-se favorável à implantação de uma legislação específica no Brasil e à realização da sua própria

Ordem de Não Reanimar, no caso de uma doença grave, porém, poucos elaborariam no próximo ano, denotando a incerteza decorrente da falta de regulamentação sobre o assunto. Os resultados desta pesquisa permitem inferir a necessidade de se incentivar a discussão sobre

Ordem de Não reanimar entre os profissionais de saúde e a sociedade, inclusive por meio de abordagem durante o ensino e o atendimento aos pacientes, incluindo-a como uma prática ética, digna e eficiente para a preservação da autonomia dos pacientes em fim de vida.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações. *Acta Pediatr Port.* 2006;1(37):32-34.
2. Urban CA, Hoepers R, Silva IM, Júnior RAA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Ver Assoc Med Brasil.* 2001;47(3):244-48.
3. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev. Bioét. (Impr.).* 2010;18(2): 275-88.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805/2006, de 9 de dezembro de 2006. Publicada no Diário Oficial da União de 28 nov. 2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1.391/2009. Versão de bolso. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
7. Moritz RD, Beduschi G, Machado FO. Avaliação dos óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). *Rev Assoc Med Brasil.* 2008;54(5):390-5.
8. Gaudencio D, Messeder O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2011;16(1):813-20.
9. Holm S, Jorgensen EO. Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 2001;50(2):135-9.
10. Robinson C, Kolesar S. Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want? *Canadian Family Physician.* 2012;58(4):e229-e233.
11. Jordan K, Elliott JO, Wall S, Saul E, Sheth R, Coffman J. Associations with resuscitation choice: Do not resuscitate, full code or undecided. *Patient Educ Couns [Internet].* Dez 2015 [cited 2016 jan 3]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399115301440>.
12. Parsons HA, De la Cruz MJ, Zhukovsky DS, Hui D, Delgado-Guay MO, Akitoye AE, El Osta B, Palmer L, Palla SL, Bruera E. Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Cancer.* 2010;116(12):3061-70.
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.* 2013;58(1):25-29.
14. Ackroyd R, Russon L, Newell R. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study. *Palliat Med.* 2007;21(2):139-44.
15. Brom L, Pasman HR, Widdershoven GA, Van der Vorst MJ, Reijneveld JC, Postma TJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life: qualitative interviews with advanced cancer patients. *PLoS ONE.* 2014;9(6):e100435.
16. Comin LT, Panka M, Beltrame V, Seteffani JA, Bonamigo EL. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev. Bioét. (Impr.).* 2017;25(2):392-401.
17. Pentz RD, Lenzi R, Holmes F, Khan MM, Verschraegen C. Discussion of the do-not-resuscitate order: a pilot study of perceptions of patients with refractory cancer. *Support Care Cancer.* 2002;10(8):573-8.
18. França D, Rego G, Nunes Rui. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Rev. Bioét. (Impr.).* 2010;18(2):469-81.
19. Putzel EL, Hilleshein KD, Bonamigo EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. *Rev. Bioét. (Impr.).* 2016; 24 (3):596-602.
20. Kao CY, Wang HM, Tang SC, Huang KG, Jaing TH, Liu CY et al. Predictive factors for do-not-resuscitate designation among terminally ill cancer patients receiving care from a palliative care consultation service. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2014;47(2):271-82.
21. Zhu BF, Chen HL, Shen JH, Xing JL, Chen JR. The relationship between patients' age and prognosis outcome after cardiopulmonary resuscitation in adults: A meta-analysis. *European Geriatric Medicine.* 2014;5(5):323-9.
22. Wen KY, Lin YC, Cheng JF, Chou PC, Wei CH, Chen YF, Sun JL. Insights into Chinese perspectives on do-not-resuscitate (DNR) orders from an examination of DNR order form completeness for cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013;21(9):2593-8.
23. Ruíz García J. La orden de no reanimar y las decisiones al final de la vida en el paciente cardiológico: oportunidades de mejora [internet]. Tese de doutorado. Universidad Complutense de Madrid, 2015 [cited 2015 dez 27]. Available from: <http://eprints.ucm.es/33402/1/T36481.pdf>.
24. Mack JW, Cronin A, Taback N, Huskamp HA, Keating NL, Malin JL et al. End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2012;156(3):204-10.
25. Dunlay SM, Swetz KM, Redfield MM, Mueller PS, Roger VL. Resuscitation Preferences in Community Patients With Heart Failure. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.* 2014;7:353-9.

Recebido em janeiro de 2016.
Aprovado em agosto de 2017.