

Artigo Revisão de Literatura

O contributo do enfermeiro na decisão da equipa de saúde de não reanimação

The contribution of the nurse in the decision of the health team of non-resuscitation

Maria Assunção^{1*}, Maria Ferreira¹, Isabel Lucas¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, 1350-125, Lisboa, mhelenada@gmail.com, mariaferreira2558@esscvp.eu, ilucas@esscvp.eu

A evolução da tecnologia e da ciência tem tornado possível o prolongamento da vida de uma Pessoa com doença irreversível e prognóstico reservado. Esta evolução traz o risco de aplicação de tratamentos desproporcionais, quando deixa de existir benefício para a pessoa.

Para evitar o risco de futilidade de tratamentos surge então a necessidade da criação de um novo termo, Decisão de Não Reanimação (DNR), que orienta os profissionais de saúde a não realizarem manobras de reanimação cardiorrespiratória, em cenários em que tal procedimento não constitui alteração ao rumo da doença, poupando assim a Pessoa a sofrimento desnecessário.

Devido às questões de fim de vida, surgem vários dilemas éticos entre os profissionais de saúde, onde os princípios bioéticos de Respeito pela Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça nem sempre são respeitados. O enfermeiro deve garantir que esses princípios e direitos da Pessoa sejam respeitados ao longo da vida, mas também no processo de morte.

Vários estudos comprovam que as perspetivas dos enfermeiros nas questões de fim de vida não são valorizadas. Denotam também a importância da participação do enfermeiro na tomada de decisões por serem os profissionais que estão na linha da frente, nos cuidados à pessoa em fim de vida.

Sendo a morte uma inevitabilidade e uma temática tão sensível, é importante refletir sobre o papel do enfermeiro na DNR, sendo o objetivo geral deste trabalho rever os últimos estudos associados ao contributo do enfermeiro na decisão de não reanimação da equipa de Saúde.

The evolution of technology and science enabled the extension of life time of individuals with irreversible diseases and

reserved prognosis. This evolution entails the risk of applying disproportionate treatments, when there is no benefit to the person.

In order to avoid the risk of futility of treatment, a new term - Non-Resuscitation Decision (NRD) – was created to guide health care workers not performing cardiorespiratory resuscitation maneuvers, when such procedure does not constitute a change in the path of disease, thus sparing the person of unnecessary suffering.

Due to the end-of-life issues, several ethical dilemmas arise among health care workers, once bioethical principles of Respect for Autonomy, Beneficence, Non-Maleficence and Justice are not always respected. The nurse must ensure that these principles and rights of the person are respected not only throughout life, but also in the process of death.

Studies have shown that nurses perspectives on end-of-life issues are not considered. The participation of nurses in decision making is essential since they are the professionals who are at the forefront of caring at the end-of-life.

As death is an inevitable and fragile issue, it is important to reflect the role of the nurse in NRD. Therefore, the general aim of this work is to review the latest studies associated with the contribution of the nurse in the decision of the health team in non-resuscitation.

PALAVRAS-CHAVE: *Enfermagem; cuidados em fim de vida; ética; tomada de decisão; decisão de não reanimação.*

KEY WORDS: *Nursing; end of life care; ethics; decision-making; non-resuscitation decision.*

Submetido em 08 março 2018; Aceite em 28 maio 2018; Publicado em 18 dezembro 2018.

* **Correspondência:** Maria Helena Dias Assunção.

Morada: 1350-125, Lisboa, Av. Ceuta, Edifício Urbiceuta, Piso 6. **Email:** m.helenada@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com o progresso da tecnociência, tornou-se possível prolongar a vida de uma Pessoa portadora de doença irreversível e com prognóstico reservado, alterando o paradigma da morte e a perceção da sociedade, focada na cultura e na religião, face às questões de fim de vida^{1,2}.

Sendo os cuidados de fim de vida, um assunto delicado, as Pessoas doentes, famílias, enfermeiros e médicos tendem a atrasar ou adiar as conversas sobre o prognóstico e as opções de tratamento de fim de vida, podendo levar à implementação de tratamentos desnecessários, ou seja, à obstinação terapêutica. A obstinação terapêutica consiste no uso e manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, não eficazes na sobrevida da Pessoa ou na melhoria da qualidade de vida, possibilitando o

prolongamento da vida, causando, frequentemente, sofrimento para a Pessoa e seus familiares, tornando o final de vida num momento solitário e doloroso^{2,3-6}.

Devido à concentração nos aspetos médicos e nos cuidados de saúde, os cuidados de fim de vida ficam sujeitos muitas vezes à prática da distanásia, ou seja, a tratamentos fúteis e inúteis, que visam a cura e não têm qualquer benefício para a Pessoa na fase terminal, prolongando o processo de morrer, causando sofrimento, dor e agonia para a Pessoa e para a sua família⁷⁻⁹.

A distanásia é a antítese da eutanásia. Enquanto a primeira prolonga os tratamentos até ao irrazoável e a qualquer custo, a segunda tem por finalidade levar à retirada da vida do ser humano por considerar a prática como uma ação humanista, à pessoa ou à sociedade. Em contrapartida, a ortotanásia consiste na morte no seu tempo natural, na aceitação da

mesma como parte da vida e não como doença a ser curada. É morrer “bem” e humanamente, tendo como foco a dignidade humana e o bem-estar da pessoa em fim de vida^{8,10}.

Os enfermeiros, em conjunto com outros profissionais de saúde, são “peças-chave” na preservação da dignidade da Pessoa em fim de vida, uma vez que os mesmos são os principais intervenientes no contacto com a pessoa e sua família. Os enfermeiros podem identificar situações em que não estejam a ser respeitados os princípios bioéticos e os direitos da Pessoa podendo intervir proporcionando à pessoa, segurança e humanidade, nos cuidados de fim de vida^{2,8}.

O enfermeiro tem o dever de garantir que os direitos e a dignidade das pessoas que necessitam dos seus cuidados sejam respeitados em vida e ao longo do processo de morte. Por ser um profissional detentor de conhecimento científico e também aquele que mais tempo passa com a Pessoa e respetiva família, cabe-lhe saber ouvir e esclarecer as pessoas e seus familiares acerca das suas opções ao longo do processo de final de vida. Têm o dever de garantir que os desejos da Pessoa sejam respeitados e que a Pessoa detenha o controlo dos cuidados que recebe em vida, quando este não for mais capaz de os expressar. O enfermeiro advoga sobre os direitos da pessoa doente e na sua defesa para o cumprimento da sua última vontade¹¹⁻¹³. Ao refletir sobre estes aspetos, evidencia-se como fundamental a integração e valorização da opinião do enfermeiro na decisão dos cuidados de saúde à Pessoa em fim de vida.

Ao falar-se de final de vida, pressupomos uma paragem cardiorrespiratória (PCR) e, segundo o princípio básico da reanimação, todas as vítimas de uma PCR devem ser reanimadas, a menos que haja uma decisão prévia para não reanimar, ou seja, exista uma Decisão de Não Reanimação (DNR). Esta decisão é baseada no contexto e situação da Pessoa com doença terminal ou incurável e define que, em caso de paragem cardio-respiratória, não se deverão tomar medidas de ressuscitação, uma vez que não existem quaisquer procedimentos que visem a cura. Nesse caso, estaríamos a ser cúmplices no prolongar do desconforto da Pessoa doente^{1,14-16}.

Sendo a Decisão de Não Reanimação (DNR) um aspeto de extrema importância nos cuidados de saúde à Pessoa em fim de vida, os enfermeiros devem ter voz ativa e um papel determinante para a implementação da DNR. Uma vez que na realidade e de modo transversal a tomada de decisão é efetuada em exclusivo pelas equipas médicas^{2,17}.

O enfermeiro tem o dever de garantir o respeito pela vontade da Pessoa e proporcionar, ao mesmo tempo, o máximo de conforto.

Segundo Kolcaba, teórica norte-americana de Enfermagem, docente de Enfermagem e autora da Teoria do Conforto, a construção do conforto exige aos profissionais de saúde, e principalmente aos enfermeiros, que reduzam o desconforto das pessoas doentes. Para isso, esta teoria descreve Enfermagem como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto da Pessoa. Para dar resposta a essas mesmas necessidades deve delinear-se um plano de cuidados com medidas para satisfazer essas necessidades e com reavaliações dessas medidas, de forma a possibilitarem uma comparação da sua eficácia face ao início^{14,15}.

O conforto é pensado como área de interesse para a profissão de Enfermagem. Para Kolcaba, o conforto existe quando estão satisfeitas as necessidades básicas relativas ao alívio, calma e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, é fundamental para que a Pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a necessidade de calma é um estado de satisfação, necessário para um desempenho eficiente; e a transcendência é o estado no qual cada Pessoa se sente com competência ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas^{14,15}.

Um estudo realizado em cinco países identificou que as perspetivas dos enfermeiros sobre os objetivos de tratamento das pessoas em fim de vida, não foram valorizadas, levando os mesmos ao silêncio sobre as preocupações éticas que interferem com o seu trabalho. Os resultados evidenciam ainda que os enfermeiros e os médicos trabalham em paralelo, mas que são minimamente interativos entre si,

possibilitando, assim, poucas oportunidades de colaboração para o enfermeiro na DNR^{1,4,17}.

O médico tem a carga emocional e psicológica de tomar a Decisão de Não Reanimar, sendo que, o enfermeiro tem a carga emocional e psicológica de implementar essa decisão, tomada por outro e sem o seu parecer^{4,17}.

Os enfermeiros consideram que as pessoas beneficiariam da sua participação nas tomadas de decisão, no entanto, o consenso sobre quem deve estar presente na decisão de suspensão ou não de tratamentos fúteis com vista ao prolongamento da vida, não é ainda unânime^{1,4,12,13,16,17}.

Em Portugal, tal como noutros países, está definido que estas decisões são tomadas no âmbito de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, psicólogos, advogados, com toda a restante equipa que acompanha a Pessoa em fim de vida (auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, ...), bem como, a sua família ou representantes. Assim, podemos constatar, na prática, que a DNR deve ser um processo aberto de tomada de decisão e que embora o consenso seja alcançado, não é certo que este consenso seja sempre uma boa solução do ponto de vista das pessoas e suas famílias^{18,19}.

As estruturas hierárquicas nos cuidados de saúde impossibilitam muitas vezes a participação dos enfermeiros na DNR e conseqüentemente a possibilidade de influenciar a decisão, mesmo tendo em conta a experiência e envolvimento do enfermeiro com a Pessoa e família¹⁴. Esta prática comum faz com que os enfermeiros sintam que não possuem voz ativa, sendo esse facto fonte de sofrimento moral por parte desses profissionais¹⁷.

Verifica-se em diferentes países que existe falta de comunicação entre os profissionais de saúde, criando-se uma maior dificuldade na implementação de medidas a serem aplicadas às pessoas em fim de vida, assim como na compreensão das suas necessidades^{1,4,12,13,16,17}.

O objetivo geral deste trabalho foi rever os últimos estudos associados ao contributo do Enfermeiro na

decisão da equipa de saúde de não reanimação. Pretendeu-se com esta revisão despertar os leitores para as questões associadas aos cuidados em fim de vida e refletir sobre elas para que o enfermeiro possa ser um profissional perfeitamente provido de todas as capacidades e conhecimento de intervenções centradas nas pessoas e suas famílias, objetivando os melhores cuidados durante esta etapa da vida²⁰.

METODOLOGIA

A presente revisão de literatura foi realizada a partir da pesquisa nas bases bibliográficas CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina.

As palavras-chave usadas foram: Enfermagem, cuidados em fim de vida, Ética, tomada de decisão e decisão para não reanimar, sendo as mesmas utilizadas em Português, Inglês e Espanhol.

Efetou-se a validação dos melhores descritores no MeSH e elaborou-se a seguinte equação de pesquisa: [(DNR) OR (end of life care) OR (Decision not to revive)] AND (CPR) AND (Ethic) AND (Nurs*).

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: artigo escrito em Inglês, Português e Espanhol; artigos publicados há menos de cinco anos; sobre Enfermagem; texto completo disponível e artigos de acesso aberto.

Dos 120 artigos encontrados, apenas 45 estavam disponíveis para consulta em texto integral. Destes, excluíram sete artigos por se encontrarem repetidos, 21 por não integrarem os critérios de inclusão, ficando assim 17 artigos para a execução desta revisão de literatura.

Tomada de decisão de não reanimação

A Medicina evoluiu muito ao longo dos tempos e com essa evolução surgiram tratamentos de suporte de vida que visam prolongar o fim de vida. No entanto, quando estamos na presença de uma Pessoa com doença incurável ou terminal, esses tratamentos poderão, por vezes, ser considerados fúteis. Entendem-se tratamentos fúteis como aqueles que

‘não trarão melhorias de saúde ao paciente, ao seu bem-estar, ao seu conforto ou prognóstico’^{7(p. 21)}. Nestes casos, a estratégia mais adequada será a integração da Pessoa no contexto de Cuidados Paliativos, uma vez que o principal objetivo dos Cuidados Paliativos, é providenciar qualidade de vida, a pessoas com diagnóstico de doença terminal, assim como, apoiar as respetivas famílias^{14,16}.

Existindo evidências de uma elevada taxa de mortalidade, em pessoas com doença terminal sujeitas a manobras de reanimação cardiorrespiratória, existiu a necessidade da criação de um novo termo, a Decisão de Não-Reanimação (DNR)^{14,15}.

Esta Decisão é uma ordem que orienta os profissionais de saúde, responsáveis pelo cuidado a estas pessoas, a não realizarem manobras de ressuscitação cardiorrespiratória em caso de paragem cardíaca ou respiratória, uma vez que a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), no caso de uma pessoa com doença terminal, não alterará o rumo da doença, prevenindo assim sofrimento desnecessário^{2,14,15}.

A implementação da DNR não limita os cuidados de saúde e de conforto, pois as pessoas sujeitas a DNR continuam a receber fluídos intravenosos, medicação para conforto e alívio da dor, antibióticos e outros cuidados paliativos. Continuam a ser aplicadas terapêuticas focadas na patologia e efetuados cuidados diferenciados numa perspetiva holística, tendo em conta o bem-estar da Pessoa e família^{2,9,15}.

Para a DNR, existe a necessidade de envolvimento de uma equipa multidisciplinar do Conselho de Ética composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e advogados, mas também, toda a equipa de trabalho que acompanha a Pessoa com doença terminal ou incurável¹⁹.

Existem quatro dimensões a ter em conta na DNR¹⁸:

1 - Dimensão Clínica – a DNR deve ser tomada tendo em conta: diagnóstico; prognóstico; tempo de paragem cardiorrespiratória que decorre até à chegada da equipa de emergência; sobrevida da pessoa; qualidade de vida;

2 - Dimensão Ética – a Decisão de Não Reanimar deve ter em consideração: a idade da pessoa; evitar sofrimento humano; evitar a distanásia e futilidade terapêutica; Decisão do doente; Decisão da família; dignificação da morte; envolvimento da família na tomada de decisão;

3 - Dimensão legal, ética e deontológica – deve ser uma decisão tomada pela equipa multidisciplinar; não deve ser confundida com eutanásia; deve fazer parte da formação dos profissionais;

4 - Dimensão pessoal – existe ainda a referência a uma tomada de decisão baseada num pressuposto da formação pessoal^{18 (p.34)}.

Na perspetiva de se obter uma tomada de decisão favorável para todas as partes envolvidas no processo de DNR é importante ter em conta a vontade da Pessoa e da sua família, a sua situação clínica, o prognóstico de doença terminal, os recursos disponíveis e verificar se o indivíduo não beneficiará com RCP².

É de extrema importância ter em conta a existência de requerimentos legais ou éticos que comprovem que o uso da reanimação é um ato fútil para o prognóstico da Pessoa em fim de vida, baseando a prática em dados científicos, de modo a dissipar dúvidas e demonstrando respeito pela dignidade da Pessoa e dos profissionais de saúde que dela cuidam².

A prescrição da DNR cabe ao médico, mas segundo vários autores, a Pessoa em fim de vida e seus familiares também tem uma palavra ativa na DNR. Eticamente e segundo o código deontológico, o médico não pode prescrever a DNR sem conhecimento e aprovação da Pessoa e respetiva família^{2,22}.

As opiniões sobre a prescrição e discussão da DNR não são unânimes, mas é transversal que o elemento mais indicado para a tomada de decisão é o médico assistente, uma vez que é o mesmo que determina o diagnóstico e o prognóstico².

Apesar de alguns autores apontarem para o envolvimento dos enfermeiros, da restante equipa, da

Pessoa doente e dos seus familiares, na ajuda da tomada de decisão acerca da DNR, ela é, por vezes, decidida unilateralmente pelo médico, como já referimos anteriormente. Por último, a DNR reconhece que a Pessoa se encontra na fase terminal da sua vida².

Perspetiva ética

A morte e o ato de morrer é um tema carregado de emoções para todas as partes envolvidas, devido ao sofrimento e angústia que acarreta e ao facto de se tratar de um acontecimento complexo com contornos misteriosos.

Com o avanço da tecnociência foi possível intervir sobre a morte levando, por vezes, à racionalização e à tomada de decisões individualistas dos aspetos relacionados com o fim de vida, marginalizando-se questões importantes como a dignidade humana e a autonomia^{9,23}.

Deste modo e perante a morte, qual o papel do profissional de saúde no final de vida da Pessoa?

Esta é uma das questões à qual a Bioética pretende ajudar a responder. Sendo uma ciência baseada no conhecimento ético e biológico, a Bioética apoia e orienta na tomada de decisão em questões como a DNR, utilizando princípios e orientações baseadas na dignidade humana e qualidade de vida²⁴.

O respeito pela Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça são os quatro princípios da Bioética que servem de fio condutor na atuação ética dos cuidados de saúde^{2,8}.

O princípio do Respeito pela Autonomia refere que a Pessoa tem direito à autodeterminação, em tomar uma decisão sobre si mesma e sobre os cuidados que deseja para si, podendo aceitar ou recusar intervenções, tendo ao seu dispor a informação necessária sobre as possibilidades ao seu alcance².

Para possibilitar às pessoas que os seus desejos e decisões sejam respeitados foi criada a diretiva antecipada de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital. O testamento vital é um

documento no qual uma Pessoa maior de idade e capaz, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente^{24(p. 3728)}.

O princípio da Beneficência pressupõe fazer o bem ao outro, permitindo cuidar da Pessoa e não da doença, proporcionando conforto e alívio dos sintomas em Pessoas em fim de vida e a recusa da obstinação terapêutica^{2,4}.

O princípio da Não Maleficência completa o princípio da Beneficência, evitando causar dano, fazendo o bem e responsabilizando o cuidador a não submeter a pessoa a sofrimento desnecessário, que não proporciona qualquer benefício à Pessoa em fim de vida².

Por fim, o princípio da Justiça que tem por base o acesso equitativo da Pessoa a cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Este princípio apresenta-se como o mais complexo de todos, devido à escassez de recursos em alguns países sendo, por isso, um dos principais problemas éticos e biomédicos da atualidade².

O uso destes princípios não pressupõe uma hierarquização, nem a utilização dos mesmos como obstáculo para os avanços científicos, mas sim como um guia de boas práticas na procura do melhor para a Pessoa sem causar dano a si ou a terceiros².

A sua aplicação nem sempre é fácil, podendo os princípios entrarem em conflito perante dilemas complexos. Para evitar uma tomada de decisão incompleta é então importante a avaliação das situações na perspetiva dos quatro princípios².

A administração de tratamentos agressivos no final de vida da Pessoa portadora de doença terminal foi referida pelos enfermeiros como uma das situações mais difíceis eticamente⁴.

Esta situação deve-se muitas vezes à falta de comunicação entre médicos e enfermeiros, à ausência

de pensamento crítico do enfermeiro e à aceitação passiva da decisão médica, levando à ocorrência da distanásia. De modo a evitar esta passividade, o enfermeiro deve refletir sobre a lei, a deontologia, os princípios bioéticos e a humanização na prestação de cuidados¹².

As principais causas para a não participação dos enfermeiros na DNR são: a evasão por parte das equipas de saúde na discussão do prognóstico e nas opções de tratamento em fim de vida; a insuficiente colaboração interdisciplinar; o receio dos problemas legais que a DNR pode causar; os profissionais sentirem como um fardo os problemas éticos relacionados com a DNR; o medo de prejudicar relacionamentos; a falta de continuidade nos cuidados; a falta de tempo; os fatores individuais e emocionais; as diferenças de perspetivas morais e oportunidades inadequadas na comunicação enfermeiro-Pessoa em fim de vida^{1,4,6,20}.

A DNR é um processo complexo carregado de emoções tanto para os familiares como para os profissionais de saúde, podendo levar à objeção de consciência, necessitando, por isso, de uma preparação prévia e da criação de diretrizes para enfrentar questões éticas relacionadas com o tema^{2,10}.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) elaborou um parecer relativamente à DNR, onde se refere que 'é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda se causam incómodo ou sofrimento à Pessoa, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia' ^{18 p.(12)}.

É de extrema importância que os enfermeiros e outros profissionais de saúde estejam bem informados sobre a lei e a ética que envolve a morte e o ato de morrer, bem como a cultura e as práticas desenvolvidas na região onde desenvolvem a sua atividade evitando, assim, possíveis erros que possam pôr em risco o bem-estar da Pessoa, da família e até da sua profissão^{9,13}.

Segundo o artigo 4.º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser

Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, 'qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efetuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto' ^{25(p. 27)}.

O código deontológico faz do enfermeiro um defensor da Pessoa doente, possibilitando assim, que princípios éticos como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça sejam utilizados pelos mesmos para auxiliar na prestação de cuidados de saúde.

O código deontológico dos enfermeiros deve ser usado como referencial que fornece o mínimo de padrões profissionais, que devem ser defendidos na prática de cuidados de Enfermagem de excelência, colocando a Pessoa e a sua família no centro da prática e protegendo a comunidade⁶.

Assim, segundo a Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, no artigo 100.º ^{26(p. 1)}:

'O enfermeiro assume o dever de:

- a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega;
- c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; (...)
- d) Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional'.

Por sua vez, o artigo 103.º dos direitos à vida e à qualidade de vida refere que^{26 (p. 1)}:

'O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da Pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida'.

E quando os valores e os princípios do enfermeiro são ultrapassados, o enfermeiro tem a possibilidade de evocar a objeção de consciência, conforme o artigo 113.º do código deontológico²⁶.

Além destes artigos, ainda importa fazer referência ao artigo 109.º da excelência do exercício, artigo 110.º da humanização dos cuidados e artigo 112.º dos deveres para com outras profissões, que falam da conduta do enfermeiro e que vão a favor do tema em estudo²⁶.

Culturas organizacionais que se impõem como a autoridade moral, desencorajando ou impossibilitando a inclusão e participação dos profissionais, nomeadamente enfermeiros, em discussões sobre tratamentos éticos, provocam o silêncio moral desses mesmos profissionais. Situação que pode levar a uma dessensibilização e marginalização para com algumas questões éticas como é o caso da DNR. Essa autoridade é muitas vezes desempenhada pelos médicos, uma vez que são eles que fazem o prognóstico e diagnóstico da Pessoa em final de vida⁴.

Dada a sua proximidade com a Pessoa e a sua família, os enfermeiros têm um papel importante na tomada de decisões no final da vida, nomeadamente, na DNR.

A Ética é uma componente fundamental e integral na prática de Enfermagem. Os enfermeiros reconhecem as suas obrigações éticas para com as pessoas, os colegas e a comunidade, de modo a prestarem cuidados de Enfermagem sem prejuízo ou parcialidade e com respeito pelas necessidades humanas e valores^{4,13}. É necessário que os enfermeiros participem na DNR. É de extrema relevância a existência de reuniões de ética com as equipas multidisciplinares (profissionais de saúde, Pessoa doente e família), para se alcançar consenso na tomada de decisões e se poder discutir desafios éticos que possam surgir no processo de DNR¹⁹.

A Enfermagem e a decisão de não reanimação

Os enfermeiros integram o Serviço Nacional de Saúde como o maior grupo profissional sendo, por isso, um

pilar dos cuidados de saúde das pessoas e das suas famílias⁶.

Desde o primeiro contacto com a pessoa e a sua família, os enfermeiros estabelecem um relacionamento terapêutico de grande importância nos cuidados de fim de vida, lidando diariamente com as angústias espirituais e emocionais da Pessoa e seus familiares^{7,12,27}.

Os enfermeiros têm um papel ativo na "reorientação negociada", isto é, são facilitadores da mudança da abordagem orientada para a cura, para um conjunto diferente de atividades, que são orientadas para o conforto e apoio, numa perspetiva holística¹⁷. Para isso, é necessária uma negociação envolvendo práticas essenciais que tornam a reorientação possível. A reorientação negociada pode então ser expressa como duas práticas principais: procura de consenso e *holding* emocional. A procura de consenso engloba o consenso de todos os participantes (a Pessoa doente, a família e todos os profissionais envolvidos no seu cuidado) relativamente ao plano a seguir; o *holding* emocional refere-se ao apoio/suporte emocional dado pelos profissionais à Pessoa doente, bem como, à sua família ou pessoas significativas¹⁷.

Cuidar implica "ver" o ser humano como um todo, indivisível, composto de corpo, mente e espírito e, para isso, é necessário que os enfermeiros utilizem as suas competências para uma consciente prestação de cuidados à Pessoa e sua família^{17,27}.

O enfermeiro tem o dever de proteger e cuidar das pessoas a quem prestam cuidados e a sua principal preocupação deve ser a de garantir que a dignidade de quem necessita da sua intervenção seja preservada e as suas necessidades reconhecidas, avaliadas e respondidas, conforme o seu código deontológico⁶.

Os enfermeiros possuem conhecimentos sobre a trajetória da doença e sobre fatores associados ao prognóstico da Pessoa, conferindo a estes, capacidades para defender eficazmente a Pessoa na DNR, atuando, assim, como advogados das pessoas em situações eticamente difíceis, durante os cuidados em fim de vida^{2,6,9,13,20,26,27}.

É crucial que o enfermeiro seja um guia para a Pessoa/família, ensinando, esclarecendo e informando sobre a doença e suas limitações e delineando opções disponíveis, tornando certas decisões mais fáceis para a Pessoa e sua família. O estabelecimento de ligações entre a Pessoa e outros profissionais envolvidos nos cuidados também faz parte das funções do enfermeiro, conforme o artigo 104.º do código deontológico, bem como o papel de suporte que exige ao enfermeiro a capacidade de abertura e vulnerabilidade, levando o mesmo a realizar tarefas que podem ser consideradas desconfortáveis, mas que vão ao encontro do bem-estar da Pessoa^{26,27}.

Atuar como orientador, instigar discussões com o público, abrir canais de comunicação sobre tópicos melindrosos, são outras das atividades de relevo dos enfermeiros, fazendo com que a comunicação seja efetiva e eficaz, evitando mal-entendidos^{9,12}.

Os enfermeiros são os principais agentes para garantir que as escolhas importantes para as pessoas no final da sua vida, e depois das suas mortes, sejam respeitadas⁶.

Outros dos deveres do enfermeiro para com a Pessoa, família e comunidade, expressos no código deontológico da Ordem dos Enfermeiros são^{26(p.1)}:

- Artigo 105.º- Do dever de informação
 - Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem;
 - Respeitar, defender e promover o direito da Pessoa ao consentimento informado;
 - Atender com responsabilidade e cuidado, a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem;
 - Informar sobre os recursos a que a Pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.
- Artigo 108.º- Do respeito pela Pessoa em situação de fim de vida
 - Defender e promover o direito da Pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;
 - Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela Pessoa em situação

- de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Posto isto, o enfermeiro tem competências que permitem que o mesmo participe na DNR, atuando como “advogado” da Pessoa em fim de vida e da sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado em algumas culturas uma mudança de atitude por parte dos enfermeiros, atuando ativamente na reorientação negociada da cura para o cuidar e para a orientação de cuidados holísticos mais amplos, procurando o consenso na tomada de decisão de não reanimação. Apesar da realidade apontar para a pouca/baixa participação dos enfermeiros na DNR e na cultura focada na cura, a realidade demonstra que os enfermeiros continuam focados nas necessidades e no sofrimento das pessoas e respetivas famílias.

A literatura sugere que os enfermeiros devem ter o papel de cuidadores em vez de participarem unicamente na cura, desempenhando um conjunto de intervenções importantes na mudança de mentalidades levando à aceitação da morte como parte da vida e não como evento médico. São os profissionais que estão mais tempo e mais perto da Pessoa em final de vida e da sua família, fazendo dos mesmos uma importante e valiosa fonte de informação para a implementação de cuidados de fim de vida, nomeadamente a DNR, minimizando assim dilemas éticos e fomentando a discussão para as questões de fim de vida.

As organizações de saúde podem beneficiar da participação dos enfermeiros nas decisões de fim de vida, nomeadamente na DNR, possibilitando a construção de uma cultura organizacional onde a interdependência e a decisão compartilhada são valorizadas, onde as diferenças morais são abordadas e o diálogo encorajado, passando a imagem de coesão e sensibilidade e fornecendo a melhor atenção

possível à Pessoa em fim de vida e à sua família.

O diálogo e a discussão são extremamente importantes, pois permitem chegar a um acordo adequado com todas as partes envolvidas e são essenciais para um sistema proactivo e esforçado na mitigação de conflitos éticos e no frequente sofrimento moral e *burnout* dos profissionais de saúde. Verificou-se a necessidade de educação interprofissional de apoio ao luto, ética e culturalmente sensível, onde se reconheça a importância dos enfermeiros e o aumento da sua autonomia e responsabilidade como defensores das pessoas que necessitam dos seus cuidados.

É de extrema importância a colaboração dos enfermeiros na DNR, possibilitando a consciencialização e a melhoria da implementação da DNR, uma vez que uma boa comunicação enfermeiro-médico pressupõe um maior grau de tranquilidade e transcendência da Pessoa.

Na prática, ainda estamos a dar os primeiros passos para uma participação ativa dos enfermeiros na DNR, sendo a realidade dos serviços de cuidados paliativos bem diferente, devido à essência e objetivo primordial da mesma.

Verifica-se cada vez mais uma alteração de comportamento em relação a esta temática, mas também se verifica que são os profissionais que constituem as equipas multidisciplinares os que têm a possibilidade de alterar as dinâmicas em caso de DNR.

Mais do que uma questão cultural ou de classes profissionais, esta questão passa, em grande parte, pela personalidade dos profissionais que, diariamente, devem e podem fazer a diferença no tempo de vida de uma Pessoa nestas circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Paula Nunes, pela colaboração e apoio na elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Mogadasian, Abdollahzadeh, Rahmani, et al. The attitude of iranian nurses about do not resuscitate orders. *IJPC*. 2014; 20: 21-25.
2. França. Ordem de não reanimar no doente terminal: Dilemas éticos dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Bioética (Online). Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Medicina; 2011 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22038>
3. Lago, Piva, Kipper, et al. Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2005; 81: 111-7.
4. Gura. Considerations in patients with cardiac implantable electronic devices at end of life. *AACN Adv Crit Care*. 2015; 26: 356-63.
5. Abdallah, Radaeda, Gagham, Salameh. Intensive care unit physician's attitudes on do not resuscitate order in Palestine. *Indian Journal of Palliative Care*. 2016; 221: 38-41.
6. Al Khalaileh. Jordanian critical care nurses' attitudes toward and experiences of do not resuscitate orders. *IJPN*. 2014; 20: 403-8.
7. Buthorne. Advocating for advance directives: A review of literature in end-of-life decision-making. *MedSurg Matters*. 2013; 22: 20-22.
8. Biondo, Paes da Silva, Secco. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: Percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17: 613-9.
9. Fernandes, Coelho. Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de Enfermagem: Revisão integrativa. *Rev Cuid*. 2014; 5: 813-9.
10. Olfert. End of life issues: What is the role of the RN? *SRNA NewsBuletin*. 2014; Spring: 16-16.
11. Tee, Balmaceda, Granada, Fowler, Payne. End-of-life decision making in hematopoietic cell

- transplantation recipients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17: 640-6.
12. Pavlish, Brown-Saltzman, Fine, Jakel. A culture of avoidance: Voices from inside ethically difficult clinical situations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19: 159-65.
 13. Gallagher, Bouso, McCarthy, et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52: 794-803.
 14. Romøren, Pedersen, Førde. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Medical Ethics*. 2016; 17: 1-8.
 15. Peat. The end of life: Using the revised Code. *BJN*. 2015; 24: 475-475.
 16. Storch. Ethics in practice: At end of life - Part 1. *Canadian Nurse*. 2015; III: 20-21.
 17. Torres, Batista. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. *Comun Ciências Saúde*. 2008; 19: 343-51.
 18. Almeida. Direitos humanos em fim de vida: Decisão de não reanimar. Ensaio do Curso de Pós-Graduação em Direitos Humanos [Online]. Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2009 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <http://www.igc.fd.uc.pt/data/fileBIB2017823115143.pdf>
 19. Cheng, Wang, Wu, Huang, Kuo, So. Do-not-resuscitate orders and related factors among family surrogates of patients in the emergency department. *Support Care Cancer*. 2016; 24: 1999-2006.
 20. Bollig, Schmidt, Rosland, Heller. Ethical challenges in nursing homes: Staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scand J Caring Sci*. 2015; 29: 810-3.
 21. Courtwright, Brackett, Cadge, Krakauer, Robinson. Experience with a hospital policy on not offering cardiopulmonary resuscitation when believed more harmful than beneficial. *J Crit Care*. 2015; 30: 173-7.
 22. Portugal, Ordem dos Médicos, Regulamento n.º 707/2016 [online], N.º 139, Série II, 21 de julho de 2016 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75007439>
 23. Silva. Bioética e fim de vida: Princípios éticos - A intervenção do enfermeiro no fim de vida. *Percursos* [online]. 2013 [citado 2018 maio 28]; 28: 56-76. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_n28.pdf
 24. Portugal. Assembleia da República, Lei n.º 25/2012, N.º 136, Série I, de 16 de julho de 2012 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/179517>
 25. Portugal. Assembleia da República, Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, N.º 2, Série I-A, 3 de janeiro de 2001 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/235128>
 26. Portugal. Assembleia da República, Lei n.º 156, N.º 181, Série I, 16 de setembro de 2015 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
 27. Karlsson, Berggren, Kasén, Wärnå-Furu, Söderlund. A qualitative metasynthesis from nurses' perspective when dealing with ethical dilemmas and ethical problems in end-of-life care. *International Journal for Human Caring*. 2015; 19: 40-8.