

Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar

RESUMO | Objetivo: Analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar. Método: Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Amostra envolve critério por conveniência. Foram entrevistados 18 profissionais de uma unidade de terapia intensiva adulto. Os relatos foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: A equipe se vê preparada para a decisão de não reanimar, mas desconhecem a existência de protocolos institucionais. A decisão de não reanimação é realizada de forma verbal, o que gera ansiedade e frustração nos profissionais. A família não é informada sobre a decisão da não reanimação. Considerações finais: Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência a esse tipo de situação limítrofe, e que faltam protocolos, normas e envolvimento multiprofissional, para que ocorra uma assistência segura e efetiva tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente e sua família.

Palavras-chaves: Bioética; Unidade de Terapia Intensiva; Ética em Enfermagem; Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT | Objective: Analyze the perception and ethical dilemmas of the nursing team regarding the decision not to use cardiopulmonary resuscitation. Method: A descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Sample involves criterion for convenience. We interviewed 18 professionals from an adult intensive care unit. The reports were analyzed using the Collective Subject Discourse method. Results: The team is prepared for the decision not to resuscitate, but they are unaware of the existence of institutional protocols. The decision not to resuscitate is performed verbally, which creates anxiety and frustration in professionals. The family is not informed of the decision not to resuscitate. Final considerations: It has become clear that ethical dilemmas are present in the assistance to this type of borderline situation, and that protocols, norms and multiprofessional involvement are lacking, so that a safe and effective assistance can occur both for the health professional and for the patient and your family.

Keywords: Bioethics; Intensive Care Units; Ethics, Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation.

RESUMEN | Objetivo: Analizar la percepción y los dilemas éticos del equipo de enfermería con respecto a la decisión de no utilizar la reanimación cardiopulmonar. Método: Un estudio descriptivo-exploratorio con un enfoque cualitativo. Muestra implica criterio de conveniencia. Entrevistamos a 18 profesionales de una unidad de cuidados intensivos para adultos. Los informes fueron analizados utilizando el método de Discurso de sujeto colectivo. Resultados: el equipo está preparado para la decisión de no reanimar, pero desconocen la existencia de protocolos institucionales. La decisión de no reanimar se realiza verbalmente, lo que genera ansiedad y frustración en los profesionales. La familia no está informada de la decisión de no reanimar. Consideraciones finales: Ha quedado claro que existen dilemas éticos en la asistencia a este tipo de situación límite, y que faltan protocolos, normas y participación multiprofesional, de modo que pueda darse una asistencia segura y efectiva tanto para el profesional de la salud como para el paciente. Y su familia.

Descriptorios: Bioética; Unidades de Cuidados Intensivos; Ética em Enfermería; Reanimación Cardiopulmonar.

Michele Campagnoli

Enfermeira, Mestre em Saúde coletiva, docente do curso de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba, Gestora de um Centro de Saúde de Campinas.

Vanessa Dias Cardoso

Enfermeira, especialização em Enfermagem em UTI.

Maria Cristina Pauli da Rocha

Enfermeira, Doutoranda da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (EUSP)- na área de saúde da criança e do adolescente, docente e coordenadora do curso de enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba.

Angela Marcia Fossa

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de São Carlos, e licenciatura em enfermagem pela UFSCAR. Especialização em saúde pública e enfermagem do trabalho e, mestrado em educação, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba.

Tereza Mitsue Horibe

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva e docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba.

Raquel Cristina Prando Resende

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Campinas.

Recebido em: 06/07/2019

Aprovado em: 08/07/2019

INTRODUÇÃO

Pacientes em estado crítico crônico sofrem com disfunções de órgãos e permanecem em estado inflamatório por longos períodos, esses são submetidos a medidas terapêuticas com baixa probabilidade de alcançar um objetivo previamente traçado, definido por meio de dois critérios: a ausência da eficácia médica, julgada pelo médico e a não sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do paciente^(1,2).

A futilidade, no sentido clínico, “apenas significa que o processo de doença progrediu a tal ponto que a inter-

venção médica proposta não consegue contribuir para o bem do paciente". Neste contexto, o termo distanásia define uma morte vagarosa e sofrida para o doente e a família em que o foco está voltado para a doença^(1,2).

A tomada de decisão frente à terminalidade da vida tem sido alvo de grande interesse dos pesquisadores, devido ao fato do avanço tecnológico tornar possível o prolongamento a vida por outro lado, com consumo substancial de recursos. Existe uma angústia ao falar da morte aos pacientes e familiares e uma dificuldade em aceitá-la, o que, muitas vezes, ocasiona o prolongamento artificial da vida⁽³⁻⁵⁾.

Os profissionais de saúde e os familiares se veem com sentimento de impotência, frustração e revolta em conduzir os cuidados aos pacientes fora das possibilidades de cura⁽⁴⁾.

A Resolução nº 1.805/2006, que dispõe sobre a ortotanásia, do Conselho Federal de Medicina (CFM), foi elaborada sob a influência do princípio da dignidade humana. Ela permite a limitação ou a suspensão de procedimentos e terapia que visam prolongar a vida do paciente terminal, porém determina que a vontade do paciente seja respeitada e que sejam esclarecidos quais são os tratamentos mais adequados. Nesta resolução, foi definida que na ortotanásia, a vida do paciente não é abreviada nem prolongada, visto que o paciente já se encontra fragilizado com a patologia e não deseja ter o seu sofrimento prolongado por práticas que não lhe trarão benefícios e estenderão a agonia em pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura^(5,6).

A forma mais comum de limitação terapêutica perante um evento terminal é a decisão dos médicos responsáveis pelo paciente de não reanimar, o que implica na cessação súbita da atividade mecânica ventricular. O médico do paciente é o mais indicado em determinar o diagnóstico e o prognóstico, porém, a vontade e a decisão expressas pelo paciente devem ser sempre que possível consideradas e

respeitadas no prosseguimento das medidas terapêuticas. Outras pessoas podem participar na decisão, assim como o doente e/ou a sua família, o diretor do serviço e a equipe médica^(3,7).

No Brasil, existe contradição deixando de ser realizada anotação do processo de decisão da não reanimação no prontuário do paciente, fato pelo qual não existe padronização nos processos desta tomada de decisão. Os princípios éticos da bioética, a beneficência e a não maleficência, são norteadoras dos processos de saúde-doença, porém, no caso da decisão de não reanimar, é predominante o princípio bioético da não maleficência diante de um paciente fora das possibilidades terapêuticas de cura⁽⁸⁾.

O direito dos pacientes adultos e capazes em escolher sobre a recusa de tratamentos que buscam apenas em prolongar o processo de morte quando o quadro clínico for irreversível foi proposto pela primeira vez nos Estados Unidos em 1969. Conhecido no Brasil como Testamento Vital, ou Diretivas Antecipadas, é respaldado pelas Resoluções do CFM, n.º 1.805/2006 e 1.995/12, visto que esses cuidados garantem o tratamento digno previsto na legislação visando o direito à morte digna sem sofrimento^(4,6).

Os profissionais da enfermagem precisam participar das decisões da ortotanásia, respeitando a opinião do paciente e familiar, entretanto, a tomada da decisão é do profissional médico⁽⁸⁾.

Sendo assim, este estudo tem o objetivo de caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva e analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.

Objetivou-se analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-

-exploratório, com abordagem qualitativa. Foram convidados todos os profissionais que compunham o quadro da enfermagem da UTI adulto, e os que aceitaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), excluiu-se os que estavam de férias ou licença no período da entrevista.

Entrevistou-se 18 profissionais da equipe de enfermagem dentre eles: 06 enfermeiros, 11 técnicos e 01 auxiliar de enfermagem que trabalhavam na UTI adulto de um hospital de grande porte, no interior do Estado de São Paulo.

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2017 e todas as entrevistas foram realizadas em uma sala privativa que fazia parte do espaço físico da respectiva UTI. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos e ocorreu ao final do plantão de cada participante.

No processo de coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um formulário para caracterização dos sujeitos e um roteiro para condução da entrevista. A questão norteadora da entrevista foi: Conte-me como você percebe as tomadas de decisões de não reanimação cardiopulmonar na UTI. A partir dessa, novas questões surgiram com o intuito de entender melhor a percepção do sujeito da pesquisa em relação à temática abordada, como exemplo: Como foi para você lidar com a decisão de não reanimação do paciente? O que você entende pela decisão de não reanimar? Explique melhor como, em quais situações e quem era responsável pela tomada de decisão de não reanimação cardiopulmonar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, na sequência, para que detalhes importantes à análise dos dados não fossem perdidos.

Para a análise dos dados qualitativos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizado como orientação metodológica. O DSC é uma técnica que destina-se a fazer a coletividade falar diretamente. Consiste na leitura dos relatos de cada

entrevista para a identificação das Expressões-Chave de trechos significantes para o estudo e da Ideia Central presente em cada um dos discursos individuais, caracterizada pela abstração da essência contida em cada uma das Expressões-Chave. Posteriormente, estas são reunidas por similaridade em uma síntese, que origina o DSC, identificados por temas. Os relatos dos participantes são representados em cada DSC construído, e este representa a coletividade(9). As questões fechadas foram analisadas de forma descritiva com o cálculo de frequência simples.

Esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de Piracicaba (CEP/UNIMEP), registrado sob o parecer n.º 2375290 e autorização do referido hospital.

RESULTADOS

Em relação à caracterização, os sujeitos eram majoritariamente do sexo feminino, jovens, trabalhando há menos de cinco anos na instituição e sem outros vínculos empregatícios, houve predominância de técnicos de enfermagem (Figura 1).

Dos entrevistados, 78% (n = 14) referiu não possuir atualizações em UTI desde a formação, 66% (n = 12) relatou que trabalham de um a cinco anos na UTI e 78% (n = 14) possuía tempo de trabalho de menos de um ano a cinco anos na instituição estudada.

Sobre o tempo de UTI e o tempo de instituição, 66% (n = 12) dos indivíduos trabalha no setor de cuidados intensivos desde que foram admitidos na instituição.

Na UTI estudada, 72% (n=13) dos entrevistados referiu estar preparada para o atendimento da decisão de não reanimar, porém, a mesma proporção de indivíduos referiu desconhecer a existência de protocolos institucionais que regem o assunto. A maioria (83%, n=15) relatou que a decisão de não reanimação é transmitida pelo médico à equipe de enfermagem de forma verbal e informal, sem nenhum registro da decisão no prontuário do paciente. Dos entrevistados (55%, n=10) referiu não saber se a família tem conhecimento sobre a decisão da não reanimação.

Metade da equipe refere, que são os médicos, somente, que decide sobre reanimar ou não o paciente, enquanto 33% referiu ser uma decisão médica juntamente com a família e, somente 5% referiu ser uma decisão compartilhada entre o médico e o enfermeiro.

Quando questionados sobre os fatores que interferem sobre a decisão de não reanimação cardiopulmonar, 39% referiu ser o prognóstico do paciente, 33% (n=6) referiu ser a doença terminal e o prognóstico. E 22% (n=4) referiu a opção idade, patologia, doença terminal e prognóstico.

A maioria dos entrevistados (89%, n=16) considera benéfica a decisão de não reanimar o paciente fora das possibilidades de cura e 11% (n=2) relatou não ser benéfica.

Após a análise qualitativa dos dados, o agrupamento das Ideias Centrais Similares originou três Discursos do Sujeito Coletivo: DSC1. Acreditando que a não reanimação interrompe o sofrimento prolongado e desnecessário do paciente na UTI e de sua família; DSC2. Percebendo a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar centrada na figura do médico e gerando dilemas éticos e DSC 3. Percebendo a não existência de protocolo para atuar em situações de não ressuscitação cardiopulmonar.

Acreditando que a não reanimação interrompe o sofrimento prolongado e desnecessário do paciente na UTI e de sua família

Figura1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Piracicaba, SP, Brasil, 2017.

Variáveis + Categorias	Frequência	%
Sexo		
Feminino	14	78%
Masculino	4	22%
Faixa Etária		
19 – 30	10	55%
31 – 40	6	31%
41 – 50	1	6%
51 – 60	0	0%
Mais de 60	1	6%
Formação Profissional		
Enfermeiros	06	33%
Técnicos	11	61%
Auxiliares	1	6%
Tempo de Formação		
<12 a 12 meses	2	11%
1 a 5 anos	10	55%
6 a 10 anos	5	28%
11 a 15 anos	1	6%
Vínculo empregatício		
Único	14	78%
Dois ou mais	4	22%
TOTAL:	18	100%

Para a equipe de enfermagem, a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar é uma forma de não prolongar o sofrimento, ou seja, a distanásia em pacientes em UTI que vivenciam situações de terminalidade e sem prognóstico curativo.

DSC1- “[...] eu não sou muito a favor não, da reanimação cardiopulmonar em casos em que se vai prolongar o sofrimento. São sempre casos terminais, onde não há mais o que ser feito. Acontece do paciente de parar (parada cardiorrespiratória) três, quatro vezes no plantão. Você reanima uma, reanima duas, depois falam pra você deixa quieto. Deixa pra lá. Não vai mais reanimar. Eu já cheguei a ver casos do paciente pedir para morrer de tão cansado que já estava [...]. Sabe-se que foi feito o melhor para o paciente e os recursos se esgotaram e é a hora de deixá-lo descansar... Se for reanimar para deixar o paciente em estado vegetativo, é melhor deixar ele morrer. Pra que reanimar pra deixar ele assim? [...]. É desumano se for parar pra pensar [...] em algumas situações é uma decisão humana, tá sendo humano com o paciente, de certa forma não deixando sofrer mais, não prolongando o sofrimento. [...] Em casos onde o paciente está em sofrimento e não há mais nada a ser feito, isso traz conforto. Porque dependendo do quadro só prolonga o sofrimento do paciente [...]. No começo eu achava um pouco estranho, mas depois que a gente vai vivenciando, vendo a dor do paciente, sofrimento da família [...] hoje eu penso que se fosse à minha família também ia querer assim desta forma. [...] ele (paciente) pode estar num estágio de sofrimento, de dor, de angústia, tanto para ele quanto pra família. Então se for um paciente

que não tem prognóstico eu concordo. Pra evitar tanto sofrimento pro paciente quanto pra família”.

Percebendo a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar centrada na figura do médico e gerando dilemas éticos

Para equipe de enfermagem, a decisão pela não ressuscitação do paciente não é fácil de ser tomada, pois esbarra em dilemas éticos centralizados na mão de um único profissional, o médico. As decisões não são compartilhadas entre equipe de saúde e família caracterizando um modelo biomédico de assistência.

DSC 2- “Embora eu não concordar com isso (não reanimação), aqui a gente obedece a ordens. Vem o médico, fala que o paciente é paliativo, que não tem mais prognóstico nenhum. [...] me envolvo o mínimo possível. Eu não me envolvo nos questionamentos com o médico. Eu fico só nos cuidados, a gente não interfere, não dá palpite. [...] É complicado porque independente de qualquer situação é uma vida. O paciente paliativo, ele está sofrendo, pra que prolongar o sofrimento, mas eu acho que quem nos dá a vida, é quem tem o direito de tirar a vida. É complexo. [...] eu sei que esta decisão é uma decisão difícil em tomar né? [...] Porque é um dilema ético que tira a possibilidade de vida do paciente. [...] Porque há vários fatores a serem considerados e avaliados antes de optar por não ressuscitar”.

Percebendo a não existência de protocolo para atuar em situações de não ressuscitação cardiopulmonar

Percebe-se que a não existência de protocolos de cuidado frente a situações de não reanimação cardiopul-

monar gera conflitos e dificuldades da equipe de enfermagem para lidar com situações de terminalidade.

DSC3- “Em algumas instituições que eu passei, nunca vi isso protocolado (protocolo de não reanimação cardiopulmonar) [...], mas a equipe toda está ciente do que está acontecendo naquele momento com o paciente. [...] Não há protocolo aqui, as ordens são dadas pelo médico verbalmente. [...] no Brasil, não sei. Com o consentimento da família eu já vi muitos casos, da família que não quer que intuba, que não quer que prolongue o sofrimento, mas eu não sei se tem algum respaldo legal, embora a não ressuscitação cardiopulmonar seja uma prática bem comum”.

DISCUSSÃO

Observa-se que o número de mulheres entre profissionais de enfermagem trabalhando no serviço de terapia intensiva é superior ao de homens⁽¹⁰⁾.

Constata-se a predominância de profissionais jovens, que atuam em um emprego, com tempo de formação inferior a cinco anos, a maioria dos profissionais se encontra na faixa etária mais produtiva de suas vidas⁽¹¹⁾.

Em relação de tempo de atuação em UTI e tempo de instituição está atrelada com a afinidade dos profissionais com o setor juntamente com a baixa rotatividade de funcionários⁽¹²⁾.

A capacitação de profissionais de enfermagem que atuam nas UTIs deve ocorrer de forma contínua, de acordo com a qualificação exigida, atendendo a legislação profissional e as necessidades de educação permanente⁽¹³⁾.

Dos sujeitos da pesquisa, 78% disse não ter discussões sobre a decisão de não reanimação cardiopulmonar desde a conclusão do curso de formação, sendo importante salientar que a maioria (55%)

tem tempo de formação entre um a cinco anos e 28% entre seis a 10 anos.

A inexistência de protocolos em relação ao paciente terminal, fora de condições terapêuticas, no âmbito hospitalar, ocasiona dilemas éticos, além de conflitos nas equipes de enfermagem, dificultando a tomada de decisão diante da proximidade da morte. Atualmente, no Brasil as decisões de não ressuscitação, ainda, não possuem amparo legal, nem há previsão de documentá-las, razão pela qual não existe padronização das condutas no processo desta tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

A existência de protocolos contribui para a construção de debates éticos pela equipe, promovendo maior qualidade e confiança à assistência prestada⁽¹⁵⁾.

Na assistência de cuidados paliativos, estudos^(3,6,16) consideram indispensável despende um tempo para o esclarecimento das opções para o paciente e seus familiares. O prolongamento de terapias sem resultado, em situações irreversíveis consiste em uma violação à dignidade humana, causando dor e sofrimento não somente ao paciente, como também à família.

Notou-se que a decisão de não reanimar é frequente e que o principal objetivo é promover o alívio do sofrimento em situações que a reanimação cardiopulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada, em pacientes fora da possibilidade de cura⁽¹³⁾.

O sofrimento caracteriza-se como obstinação terapêutica, ou distanásia, e vem sendo cada vez mais estudada. Esse fato é entendido como o prolongamento do processo de morrer por medidas que têm por objetivo a manutenção da vida sem levar em consideração a dor e o sofrimento do indivíduo^(3,7,13,17).

A não reanimação em pacientes fora da possibilidade de cura atende ao princípio bioético da não maleficência, tendo a intenção de minimizar o sofrimento humano, evitando, assim, a distanásia⁽⁷⁾.

O cuidado paliativo ou de conforto é visto como estratégia ao sofrimento,



Por meio dos discursos analisados, pode-se perceber que a decisão de não reanimar o paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, não está legalmente amparada por leis que regem o assunto nacionalmente e não apresenta anotação em prontuários que valide a vontade do paciente em sua fase final de vida, sendo expressa verbalmente pelo médico.



em pacientes fora das possibilidades de cura, sendo considerada benéfica e humanizadora^(1,2).

A equipe de enfermagem acompanha a maioria das mortes, vivencia o conflito de ter a responsabilidade pelo cuidado do paciente e o desejo de melhorar/recuperar a saúde dos pacientes que, muitas vezes, se encontram fora das possibilidades de cura⁽¹⁸⁾.

Nesse estudo e em outras pesquisas sobre o tema, percebe-se que a equipe de enfermagem defende a existência das limitações terapêuticas, acreditando no prolongamento do sofrimento do indivíduo. No entanto, sabe-se que é indispensável o preparo da família, visto que a impossibilidade curativa e a proximidade da morte de um ente querido desencadeiam alterações psicossociais no âmbito familiar, e dificultam estabelecer precocemente os cuidados paliativos⁽⁵⁾.

O processo de morte e morrer desperta nos profissionais a consciência de sua própria finitude e de seus entes queridos, gerando dilemas e conflitos internos, relevância na qualidade dos cuidados prestados. Em especial, os processos de tomada de decisão focados em uma única pessoa, gerando questionamentos sobre reverter a situação⁽¹⁹⁾.

Ao se deparar com situações limítrofes de fim de vida, a atitude mais comum da equipe de enfermagem é neutralizar-se do paciente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e variados comportamentos de fuga. Assim, os profissionais limitam-se aos cuidados apressados, podendo ajudá-los no controle dos seus próprios sentimentos, ou ter atitudes ritualizadas e bloqueadoras de relações interpessoais⁽¹⁵⁾.

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, da inquestionável contribuição da enfermagem para a sociedade e apesar do seu inegável histórico de crescimento, a participação dos profissionais de enfermagem nas discussões relativas a decisões de não reanimar ainda não acontecem em sua plenitude, fato que contribui relativamente para a falta de autonomia e de de-

ção que a profissão ainda esbarra, além das decisões não compartilhadas entre as equipes multidisciplinares⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Por meio dos discursos analisados, pode-se perceber que a decisão de não reanimar o paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, não está legalmente amparada por leis que regem o assunto nacionalmente e não apresenta anotação em prontuários que valide a vontade do paciente em sua fase final de vida, sendo expressa verbalmente pelo médico. Os entrevistados referiram ainda não saber se a família tem conhecimento sobre a decisão de não reanimar, fato que acarreta ansiedade e angústia para a equipe de enfermagem.

Percebeu-se que nas atualizações de atendimento de PCR não incluem situações e dilemas relacionados a não reanimar e a cuidados na terminalidade.

Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência, visto que por meio das falas dos indivíduos percebe-se o sofrimento da equipe de enfermagem de diversos ângulos. Entre eles, o envolvimento dos entrevistados com o paciente e com a família, o sofrimento desses perante a terminalidade da vida, assim como o desenvolvimento de barreiras emocionais de defesa frente a essas situações.

A família é o pilar essencial de suporte para o paciente, e deve ser incluída em todas as etapas do processo saúde-doença. Nesta perspectiva, atualmente, o cuidado centrado na família vem sendo amplamente estudado e difundido como essencial para uma assistência de excelência.

Nesta pesquisa, verifica-se o modelo biomédico ainda muito presente e enraizado na prática dos profissionais de saúde, caracterizado por condutas engessadas, falta de comunicação efetiva entre

a equipe multiprofissional e acomodação da equipe de enfermagem sobre as decisões que são exercidas somente pela equipe médica.

As discussões sobre as decisões que devem ser tomadas diante das situações de terminalidade são recentes e extremamente importantes para uma assistência humanizada e de qualidade para o indivíduo e para a sua família, porém os estudos sobre esse tema, tanto nacional quanto internacionalmente, ainda são escassos e falta respaldo ético legal para ações cotidianas.

Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência a esse tipo de situação limítrofe. É salientado ainda que os conselhos que regulamentam os exercícios profissionais até o momento não apresentam discussões acumuladas sobre o tema e que, apesar das limitações desta pesquisa, há consenso entre os entrevistados que são necessários estudos aprofundados. 🐦

Referências

- Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira C, Vieira SRR. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2017; 27(1):87-95.
- Vilhena RRVSM. Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: Decisões em fim de vida. Tese (Mestrado) – Universidade Católica Portuguesa- Lisboa, 2013. 76f.
- Monteiro MC. No palco da vida a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e a equipe médica. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2015. 200f.ii.
- Cogo SB. Aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade: novo olhar acerca da morte e da relação com a vida. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Rio Grande, 2016. 191 f.
- Calado V, Coelho L. Ortotanásia e limitação consentida de tratamento: Delimitações ético-médicas e jurídicas. *Rev. de Direito do IAP*. 2016; 1(1):127-49.
- Matbun MM, Marchetto PB. O debate ético e jurídico sobre as diretivas antecipadas da vontade. 1.ed. – São Paulo: Ed. Cultura Acadêmica/UNESP; 2015.
- Putzel EL, Hilleshein KD, Bomíngio EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob perspectiva dos médicos. *Rev. bioet.* 2016; 24(3):596-602.
- Conselho Regional de Enfermagem. Parecer sobre a participação do profissional enfermeiro na ortotanásia [Internet]. Parecer COREN-SP 066-13 [acesso em 22 abr 2017]. Disponível em: http://portal.coren.sp.gov.br/sites/default/files/parecer_066_ortotan%3%a1sia_aprovado.pdf.
- Levéfre F. O sujeito que fala. *Rev. interface - comunic. saúde, educ.* 2006; 10(20):517-24.
- Silva RS, Evangelista CLS, Santos RD, Paixão GPN, Marinho CLA, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev. bioét.* 2016; 24(3):579-89.
- Paranhos GK, Rego S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. *rev. bioética*. 2017; 25(1):158-67.
- Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canevar BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):252-8.
- Conselho Regional de Enfermagem. Parecer sobre o tempo ideal para realizar capacitação em serviço para profissionais de enfermagem admitidos em atendimento ao paciente crítico ou na Unidade de Terapia Intensiva [Internet]. Parecer COREN-DF 19/2011 [acesso em 13 dez 2017]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-19-2011/>
- Nogueira EC, Monteiro TG, Santos TV. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar – Percepção do enfermeiro. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2015; 3(3):39-48.
- Freire ER. Futilidade médica, da teoria à prática. *Arq Med*. 2015; 29(4):98-102.
- Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev. Bras. Ter Intensiva*. 2016; 28(3):294-300.
- Bandeira D, Cogo SB, Hildebrandt LM, Badke MR. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2):400-7.
- Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(1):129-135.
- Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(3):295-300.
- Ribeiro JMS. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. enf. em ref.* 2011; 3(5):