

Ordem para não reanimar?
Aspetos éticos de uma decisão de vida

Alves M.¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Marianagpalves@hotmail.com

Resumo

Objetivos – Cerca de 40 anos após a primeira tomada de decisão de não reanimar (DNR) não existe um padrão quanto à sua aplicação no exercício da Medicina. Face ao elevado número de doentes em fase terminal, entre o encarniçamento terapêutico e a medicina paliativa, a DNR constitui um assunto válido e apropriado, mas que levanta muitas questões. O presente trabalho pretende, com base na literatura existente, rever os aspetos clínicos e, a partir destes, abordar os aspetos éticos, particularmente, da DNR em doentes oncológicos, promovendo oportunamente uma reflexão acerca de questões de fim de vida

Métodos – Revisão da literatura, nomeadamente de artigos científicos, a partir da base de dados *online PubMed*. Incluem-se, também, pareceres, obras, convenções e diplomas legais como fontes bibliográficas.

Resultados – Foca-se o papel do médico nas questões de fim de vida, segundo os princípios da beneficência e da não maleficência, e a autodeterminação do doente, segundo o princípio do respeito pela sua autonomia. Abordam-se ainda os limites da intervenção terapêutica e aplicação de recursos distributivos face à DRN, segundo o princípio da justiça. Por fim, destaca-se a reflexão em torno da ética das virtudes, integrando-a na aplicação dos princípios hipocráticos.

Conclusões - A DNR não constitui matéria consensual, dada a delicadeza que é abordar questões acerca do fim de vida. Assim sendo, é muito importante que se aposte na formação específica nestas áreas, desde logo nas escolas médicas, e se promova a sua discussão clínica e ética, para que a abordagem da DNR possa vir a ser transversal e a sua realização criteriosa e clara.

Palavras-Chave

Cuidados de saúde em fim de vida, Ordem de não reanimação, Doentes com cancro, Profissionalismo médico.

Abstract

Objectives - Nearly 40 years after the first do-not-resuscitate order, there is no standard regarding its application in the practice of Medicine. Given the high number of terminally ill patients, between the medical futility and palliative care, the do-not-resuscitate order is a valid and appropriate subject, but raises many questions. Based on existing literature, this paper aims to review the clinical and ethical aspects, particularly of the do-not-resuscitate order in cancer patients, opportunely promoting reflection about end of life issues.

Methods - Literature review, namely scientific articles from the online database PubMed. Other literature sources used were opinion documents, books, conventions and legislation.

Results - The role of the physician in end of life issues is focused on, according to the principles of beneficence and non-maleficence, and the self-determination of the patient, according to the principle of respect for their autonomy. It also reflects on the limits of therapeutic intervention and application of distributive resources due to the do-not-resuscitate orders, according to the principle of justice. Finally, the reflection stands out around the ethics of virtues, integrating it in applying the Hippocratic principles.

Conclusions - The do-not-resuscitate order is not a consensual subject according to the delicacy that is to discuss about end of life questions. It is therefore very important to bet on specific training in medical schools and promote their clinical and ethical discussion, so that the do-not-resuscitate discussions may become transverse and its fulfillment careful and clear.

Keywords

Terminal care, Do-Not-Resuscitate Order, Cancer patients, Medical professionalism.

Índice

Introdução	6
Materiais e métodos	8
Discussão	9
Aspetos Clínicos	9
Critérios clínicos	9
Determinantes clínicos	10
Decisão clínica: médico, doente e família	11
Aspetos Demográficos	13
Aspetos Legais	15
Aspetos Éticos	16
1. Princípios Éticos	16
2. Ética das Virtudes	23
Conclusão	28

Lista de abreviaturas

AAM – Associação Americana de Medicina

DAV – Diretivas Antecipadas da Vontade

DNR – Decisão De Não Reanimar

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONR – Ordem De Não Reanimação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPS – *Palliative Performance Scale*

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

Há meio século atrás, um professor aposentado de engenharia, um interno de cirurgia e um estudante de engenharia combinaram o choque elétrico externo, a ventilação boca-nariz e as compressões torácicas para reiniciar a vida. Esta equipa de génios, usando este método, a que chamaram reanimação cardiopulmonar (RCP), em 20 doentes, ressuscitaram 14. A RCP obrigou a rever e redefinir a determinação do fim de vida.¹

Jude e Elam, em 1965, defenderam que a possibilidade de o doente ser recuperável era o fundamento da RCP. Ao longo dos anos, as indicações deste método têm sofrido grandes modificações. Inicialmente era realizada em vítimas de acidentes agudos, contudo rapidamente resvalou para uma terapêutica sistemática e indiscriminada de todos os doentes em paragem cardiorespiratória (PCR). Cinco anos depois, a Comissão de Cuidados Intensivos do Hospital Geral de Massachusetts, nos Estados Unidos da América, definiu o conceito de DNR, que culminou em 1974 com a proposta de uma política de DNR pela Associação Americana de Cardiologia, procurando clarificar e uniformizar a atuação clínica face a doentes em PCR.² De fato, a publicação da primeira ONR na literatura marcou uma significativa transição na prestação de cuidados médicos: ao invés de iniciar uma intervenção terapêutica, esta foi a primeira ordem a proibir uma terapêutica médica específica.³

Em 1976, Rabkin *et al.* afirmaram que se assistia a uma “crescente e excessiva preocupação de utilização não criteriosa e sistemática, levada ao extremo, das tecnologias médicas” relativamente à RCP de doentes com patologias graves e de prognóstico reservado, salientando que “o respeito pelos direitos dos doentes significa que a utilização de medidas heroicas e artificiais de sustentação de vida, devem ser justificadas pelo equilíbrio entre as boas práticas clínicas e os direitos dos doentes”. Mais tarde, em 1987, um conjunto de orientações foi publicado pela Comissão de Assuntos Jurídicos e Éticos da Associação

Americana de Medicina (AAM) com o intuito de que se elaborassem políticas apropriadas de RCP pelos clínicos hospitalares. Em 1991, a mesma comissão defendeu que “quando o médico assistente considera a RCP de determinado doente inútil, mesmo se por este previamente requerida, esta deve ser suspensa ou não iniciada”.²

Segundo Trivedi, no que concerne aos cuidados em fim de vida, a evolução da medicina permitiu um melhoramento em prolongar a vida, pelo que estamos mais relutantes em falar sobre a morte ou em pensar criticamente sobre se outra intervenção é a resposta certa. Para o bem dos nossos doentes, dos nossos entes queridos, e até de nós mesmos, temos de fazer mais para promover conversas acerca do fim de vida.⁴

Estudos sugerem que, na cultura dos hospitais centrais, o foco da atenção permanece na cura, no prolongamento da vida e na continuação de procedimentos invasivos, e que muitas vezes se continuam investigações e tratamentos à custa da qualidade de vida e do conforto do doente.⁵

Ao contrário da maioria dos tratamentos, as decisões acerca da não reanimação representam uma escolha para recusar uma ação. Elas são tipicamente feitas por doentes com doenças crónicas em fase terminal, incluindo doentes com cancro metastizado, para os quais a taxa de sobrevivência depois de uma RCP é altamente previsível, isto é, baixa ou zero.⁶

Neste período, os médicos são chamados a desenvolver um aspeto muito delicado da sua atividade profissional, que não é a prática da medicina curativa, mas da medicina de acompanhamento (à qual se chama também medicina “paliativa”).⁷ Idealmente, os cuidados paliativos devem ser integrados no tratamento dos doentes com cancro incurável e avançado desde a data do diagnóstico, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸ e a integração da DNR, nos mesmos, assume-se como válida e apropriada.

Tendo em conta a crescente incidência de cancro em Portugal, o presente trabalho pretende, a partir da literatura existente, rever os aspetos clínicos a considerar quando equacionamos a

DNR e, a partir destes, abordar os aspetos éticos das questões de fim de vida, particularmente da decisão de não reanimar em doentes oncológicos.

Materiais e Métodos

O presente trabalho resulta de uma revisão da literatura, a qual foi realizada através da Internet, a partir da base de dados *PubMed*. Os critérios de pesquisa para o mesmo foram a data e as palavras-chave. Desta forma, pesquisaram-se publicações a partir de 1 de Janeiro de 2009, segundo os termos de pesquisa: “*DNR orders*”, “*palliative care*” e “*cancer patients*”.

Sempre que oportuno, foram consultadas publicações de datas anterior à acima assinalada. Incluem-se, também, pareceres, obras, convenções e diplomas legais como fontes bibliográficas do trabalho apresentado.

Para a referenciação bibliográfica foram seguidas as normas de publicação da revista científica “*Acta Médica Portuguesa*” e obedece-se à normalização segundo Vancouver.

Discussão

ASPETOS CLÍNICOS

Critérios clínicos

No Reino Unido, o documento “Tratamento e cuidados em fim de vida: boas práticas na tomada de decisão”, realizado pela *British Medical Association*, pelo *Resuscitation Council* e pelo *Royal College of Nursing*, identifica três situações em que a RCP deve ser recusada: quando a avaliação clínica conclui que a RCP não será bem-sucedida em restaurar a função cardiopulmonar e a circulação; quando, após cuidada discussão com o doente (ou familiares), seja alcançado o acordo de que os benefícios da RCP são superados pelos encargos e riscos da mesma; e quando o doente tem uma diretiva antecipada de vontade ou elabora uma decisão informada a recusar a RCP.⁹

Em Portugal, a 13 de Abril de 2012, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos aprovou um documento acerca da ONR, cuja proposta foi alvo de alargada discussão desde 2007, na sequência de uma reunião entre as equipas médicas das Unidades de Cuidados Intensivos e a Comissão de Ética e a Comissão de Reanimação do Hospital Fernando da Fonseca. O documento pretendeu ser uma fonte de orientação para os procedimentos recomendados na definição de ONR e não um conjunto de normas impostas. Nele propõe-se a ONR vários quadros clínicos, dos quais saliento aqueles que vão constituir matéria de reflexão e aprofundamento deste trabalho: doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise e com doença crónica incurável com previsão de sobrevivência inferior a três meses, ou neoplasia metastizada (dependendo do tipo de neoplasia e do prognóstico) e doente com doença oncológica avançada e irreversível que, pela sua evolução, condiciona degradação progressiva do estado físico e/ou da atividade nos últimos tempos. Este documento acrescenta ainda que se possível, deverá haver recurso a avaliações do estado de desempenho do doente

com base em escalas, como a recente *Paliative Performance Scale* (PPS), que permite a formulação de um prognóstico e uma estimativa de tempo de sobrevivência de um doente em Cuidados Paliativos.¹⁰

Determinantes clínicos

As características étnicas, demográficas e socioeconómicas podem influenciar o resultado de uma discussão acerca da DNR. Estudos norte-americanos baseados em questionários e entrevistas estruturadas concluíram que as características que diminuem o desejo do doente em ser submetido a RCP são: ter idade acima de 65 anos, ter baixa expectativa de sobrevivência, má qualidade de vida determinada pelo próprio doente e ter um baixo nível de desempenho. Outros, retrospectivos, acerca das características do doente que tendem a facilitar a aceitação da ONR incluem como preditivos: idade superior a 65 anos, género feminino, raça negra e condições religiosas e relacionadas com seguro de saúde.^{11,12,13}

Particularmente no doente com cancro, um estudo dinamarquês conclui que a inexistência de opções terapêuticas além da radioterapia paliativa, face ao estado avançado do cancro é o preditor que mais se distingue na recusa da RCP, tanto para o doente como para o médico. Porém, outras características significativas para esta tomada de posição são sugeridas, tais como: o doente ter mais de 70 anos de idade, ser do sexo masculino (o que pode ser causado pelo pior prognóstico do género masculino entre doentes com cancro e, não menos importante, pelo vasto número de mulheres com cancro da mama em tratamento adjuvante) e estimar sobrevivência aos 5 anos inferior a 25%.¹³

Por outro lado, Parsons *et al.* analisaram doentes com cancro avançado, admitidos na UCI do Centro de Cancro da Universidade do Texas entre 2002 e 2008 e associaram a recusa da ONR a pontuações mais altas de náusea e dor na *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) e a aceitação da ONR a pontuações elevadas de dispneia na mesma escala. A raça afroamericana

foi um preditor significativo de recusa de ONR. Outros autores demonstraram que a presença de uma ONR reflete a severidade da doença.¹⁴

Hanson e Rodgman, num estudo retrospectivo com 13883 doentes, concluíram que doentes do género feminino, de raça caucasiana, com elevado nível socioeconómico e de escolaridade, com mau estado funcional ou com experiências de quase morte estavam mais propensos a requerer uma ONR.¹⁵

Decisão clínica: médico, doente e família

Desde o início da medicina ocidental, o padrão de cuidados de saúde ditou que os médicos não deveriam assumir casos desesperados, em que poderiam prever, de forma fiável, um elevado risco de morte. Duas questões pertinentes apoiaram este padrão. A primeira relaciona-se com o interesse do médico. Num mercado de serviços médicos lotado, competitivo e desregulado, os profissionais de saúde que se tornassem conhecidos por perder os seus doentes não seriam bem-sucedidos. O médico prudente aprendeu a fazer um prognóstico de morte, uma habilidade que os textos de Hipócrates dão grande valor. A segunda advém da realidade clínica de que a doença ou lesão se pode tornar tão grave que nenhuma intervenção médica pode alterar o curso da mesma até a morte. Considera-se que a doença ou lesão "suplantou" o doente, e que é do conhecimento do sábio médico que a medicina nem sempre pode alterar o curso da doença. Continuar os tratamentos nestes casos seria uma espécie de loucura. Na atualidade, continuar um tratamento inútil viola a integridade profissional. Várias pessoas, com diferentes tipos de envolvimento, partilham autoridade e responsabilidade na DNR, divergindo no que toca a dúvidas, objetivos e emoções relativas ao processo, assim como acerca do entendimento da morte.¹

No discurso médico e bioético existem vários modelos que descrevem a relação entre médico e doente, assim como o papel de cada um na tomada de decisão médica. No modelo

paternalista, o médico toma as decisões relacionadas com os cuidados de saúde, baseando-se no seu conhecimento acerca do doente; O papel do doente é concordar com o médico. No modelo consumista, o doente toma a decisão com base no conhecimento dos seus valores e das suas circunstâncias sociais (incluindo o significado que atribui ao seu diagnóstico médico e prognóstico); o papel do médico é fornecer as informações clínicas e consentir as preferências do doente. O terceiro modelo é a tomada de decisão partilhada, em que médico e doente colaboram, ambos partilhando informação e participando na tomada de decisão. A tomada de decisão médica requer a síntese de dois tipos diferentes de conhecimento do doente: o conhecimento médico, isto é, conhecimentos técnicos sobre os diferentes tratamentos e os seus benefícios e riscos para aquele doente em particular; e o conhecimento das preferências do doente, ou seja, saber como os diferentes tratamentos irão integrar os valores e circunstâncias sociais do doente.⁶

Whitney sustentou que sérios conflitos podem surgir quando um doente rejeita a recomendação do seu médico, o que, teoricamente, tende mais a acontecer quando as decisões necessárias têm importantes consequências e resultados altamente previsíveis, como a DNR.¹⁶

ASPETOS DEMOGRÁFICOS

Publicações dos Estados Unidos da América, Austrália e Europa concluíram que os doentes esperam participar nas decisões acerca do fim de vida.¹³

Contudo, um estudo italiano¹⁷, numa visão da ONR à escala mundial, constatou que não existe consenso entre as políticas dos diferentes países do mundo no que diz respeito à ONR, dado que diferentes países enfrentam de diferentes maneiras a DNR, dependendo das diferenças religiosas, culturais, históricas e éticas. Verificou-se que a taxa global de documentação da DNR norte-americana é alta em pessoas criticamente doentes e, a maioria delas, tem uma ONR em arquivo no momento da morte. Ainda assim, mesmo nos Estados Unidos da América, não existe uma política DNR padronizada para todo o sistema de saúde. Já na América do Sul e, em particular no Brasil, são preferidas ONR orais. Os médicos consideram que partilhar a tomada de decisão com o doente e integrar os seus valores culturais e religiosos tem impacto positivo sobre as decisões. Os países do Oriente Médio, em particular Israel, não têm, atualmente, práticas consensuais relativas aos doentes terminais. Além disso, uma grande parte da população tem fortes crenças étnicas e religiosas. Para a religião judaica, a morte é vista como uma transição contínua, ininterrupta e pacífica, e não como potencialmente reversível pela medicina. Na Tailândia, a maioria dos doentes morre em casa, de acordo com os costumes locais, pois acreditam trazer sorte aos descendentes. Neste país, uma ONR explícita é a regra e está a aumentar entre pessoas doentes por longos períodos ou com diagnóstico de tumor sólido.

Como no Japão os doentes são muitas vezes impedidos de conhecer a realidade da sua doença terminal e, tradicionalmente, confiam as decisões terapêuticas mais importantes aos médicos, quando a RCP é considerada inútil, o médico pode instituir uma ONR sem consultar a família, ainda que, em 1992, a Sociedade Japonesa para Morrer com Dignidade tenha aconselhado os médicos que cuidam de doentes em fase terminal a ter em conta os desejos do doente, quando

este é competente. Por outro lado, na Austrália e na Nova Zelândia, a maioria dos doentes está informado acerca da DNR e encaram-na como um direito à autonomia de cada. A maioria dos doentes opta por ordens escritas. Por fim, o mesmo estudo afirma que a atitude na Europa varia de acordo com cada estado da Comunidade Económica Europeia. A abordagem é a mesma, mas há várias diferenças na modalidade das denominações dos representantes legais e respetiva autoridade de decisão. Em Inglaterra e no País de Gales, quando dadas como válidas e aplicáveis, as chamadas "decisões antecipadas de recusar tratamento" sob as disposições da Lei de Capacidade Mental, são vinculativas. Na Irlanda, a maioria das ordens DNR são claramente documentadas por médicos mais experientes e discutidas com doentes ou familiares. A DNR nas UCI espanholas são claramente indicadas, limitando o esforço terapêutico quando a morte é previsível. Em França, as Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV) têm apenas um papel consultivo, e as decisões acerca dos cuidados de saúde, no caso da irreversibilidade do caso clínico, são tomadas após um *collegial procedure* para garantir uma decisão ponderada, assegurando o melhor interesse do doente. Na Noruega, todas as decisões acerca da abstenção e/ou suspensão terapêutica são tomadas na sequência de uma ONR. Em Itália são consideradas as diretrizes da Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimação e Cuidados Intensivos, em que o médico, na tomada de decisão, deve tentar respeitar e dar a correta interpretação da vontade do doente.

Em Portugal, só em 2012, a figura das DAV em matéria de cuidados de saúde, passou a ser consagrada na legislação portuguesa. E, mais recentemente, a 1 de Julho de 2014, o médico passou a ter um papel mais interventivo, uma vez que, o médico responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoa incapaz de expressar de forma livre e autónoma a sua vontade, deve verificar a existência de documento de DAV e/ou procuração de cuidados de saúde registados no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).¹⁸

ASPETOS LEGAIS

Em Portugal, segundo documento publicado pela Ordem dos Médicos¹⁰, em 2012, a DNR deve estar bem documentada no processo clínico do doente, ou seja, o médico assistente deve registar nas folhas do diário clínico do doente, com data e hora bem legíveis, o resumo do quadro clínico, respetiva evolução e factos relevantes para esta decisão, após a discussão do caso clínico com a equipa de profissionais de saúde envolvidos no tratamento, assim como a concordância relativamente a esta decisão por parte de outro médico, possuidor de pelo menos o mesmo grau e com responsabilidades no serviço, e por parte do diretor de serviço ou seu substituto, e, deve também constar deste registo, a informação fornecida ao doente, e/ou ao seu representante legal, e/ou elementos da família (com especificação dos graus de parentesco). A ONR deve ser sempre comunicada à equipa de enfermagem, e pode, em qualquer momento, ser suspensa, caso a avaliação médica se modifique e/ou o estado clínico do doente se altere. A revisão desta DNR tem que ser assumida pelos mesmos elementos médicos que a deliberaram. Uma nova decisão de não reanimar, após a cessação da ONR anterior tomada, implica em todos os casos a realização da sequência completa dos procedimentos atrás descritos.

ASPETOS ÉTICOS

1. *A reflexão bioética pode ser definida como “[...]a ética da vida que se encontra resumida em quatro princípios fundamentais: dois deles derivados do célebre juramento hipocrático: os princípios da beneficência e da não maleficência; e os outros dois que sintetizam os valores mais atuais da ética, o princípio da justiça e o princípio da autonomia” Camps¹⁹*

Princípio da Beneficência e da Não Maleficência

Segundo Neves, os princípios hipocráticos, de *bonum facere* e *primum non nocere*, traduzem a exigência ao médico de uma atuação centrada no superior interesse do doente, o interesse de lhe fazer o bem, maximizando os benefícios e minimizando os malefícios possíveis.²⁰ Assim, a finalidade do gesto terapêutico não é, meramente, causar um efeito numa parte da anatomia, fisiologia ou química do doente, mas do seu benefício como um todo em relação ao prognóstico, conforto e bem-estar.²¹ Desta forma deve ser entendida a RCP, a qual é, no mínimo, traumática e, no pior, infrutífera.²² Doentes reanimados são submetidos, muitas vezes, a tratamentos agressivos e podem sofrer complicações como fratura de costelas, défices neurológicos permanentes e estado funcional debilitado. Mesmo sem dano físico, a RCP pode provocar dano psicológico, o que diminui, também, a qualidade de vida do sobrevivente.²³ Citando Daniel Serrão, “Quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efetuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer. O objetivo primordial desta forma de cuidado médico é o de conseguir para a pessoa doente, em fase de

incurabilidade, o maior conforto e bem-estar, tanto físico como psíquico e afetivo. As decisões médicas tomadas no âmbito da medicina de acompanhamento têm um suporte científico, mas têm, principalmente, uma muito significativa estrutura ética. Não é apenas o técnico que decide sobre o que fazer com um corpo cuja vida biológica está a extinguir-se; é o médico, enquanto pessoa humana, com uma longa tradição de respeito pelo doente, codificada desde Hipócrates, o médico como membro de uma certa sociedade e, ainda, como portador de uma determinada cultura, historicamente construída, quem enfrenta a situação de acompanhar o seu semelhante num tempo, mais ou menos breve, que o levará à morte.”⁷

O raciocínio ético deve ser baseado na realidade clínica, tal que a justificação ética da aplicação de um procedimento terapêutico deve ser pensada, de modo a garantir o respeito pela dignidade do ser humano em todas as fases da sua vida, incluindo a fase terminal. Nesta perspetiva, a equipa médica deve, claramente, recusar a obstinação terapêutica, encarando-a como má prática médica, assegurando que sofrimento acrescido não será causado ao doente, ao não aplicar procedimentos terapêuticos desproporcionados e/ou ineficazes no contexto clínico do mesmo.

Um dos propósitos da DNR é assegurar uma morte livre de encarniçamento terapêutico, numa fase tão delicada da vida como a fase terminal.²⁴ A futilidade terapêutica está em íntima relação com a avaliação da qualidade e esperança de vida, que, particularmente no cancro, se comportam de modo inversamente proporcional à extensão da doença: à medida que aumenta, faz diminuir até zero a probabilidade sobrevivência após RCP, critério clínico que pode sustentar a inadequação da RCP. Deverá pois, constantemente, ser fulcral a preservação da dignidade do ser humano, que segundo a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, nunca deve ser violada, já que “no caso da existência de conflito entre os interesses da ciência, da sociedade e do indivíduo, deverá sempre prevalecer o interesse do indivíduo”²⁵ Também a UNESCO, na declaração universal sobre bioética e direitos humanos,

“reconhecendo que as questões éticas suscitadas pelos rápidos progressos da ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas tendo o devido respeito pela dignidade da pessoa humana e o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais”, refere que a vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração na aplicação dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.²⁶

Inverter o primado da técnica sobre o Homem resulta em cuidados, em fim de vida, menos agressivos para o doente, aumentando o número de doentes que morre sem tentativa de RCP, melhorando a sua qualidade de vida, não a limitando apenas à DNR, mas incluindo o controlo de sintomas e atenção à espiritualidade e suporte familiar, sendo, ainda, menor a propensão da família a sofrer complicações durante o processo de luto.^{27,28}

Princípio da Autonomia do Doente

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a revelação do diagnóstico e prognóstico ao doente deve ser feito em respeito pela sua dignidade e autonomia. A mesma exige prudência, devendo ser efetuada em toda a extensão e no ritmo requerido pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar, não podendo, de todo, ser imposta, pelo que não deve ser feita se este não a desejar.²⁹

O princípio do respeito pela autonomia do doente é o reconhecimento da capacidade de autodeterminação de cada indivíduo, a qual exige ao médico a promoção de condições adequadas para o exercício da mesma, isto é, a prática do consentimento informado, o qual requer a obrigatoriedade de informação, compreensão e voluntariedade. É, assim, requerido que o profissional de saúde transmita a informação, mas também que confirme que esta foi compreendida e que avalie a competência e vontade do doente.³⁰

Segundo a Convenção de Oviedo, “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado, pela pessoa em causa, o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”. Quanto ao respeito pela vida privada no que toca a informações relacionadas com a saúde, a mesma prevê que é um direito de todos, tal como o de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, também a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.²⁵ Em suma, uma escolha autónoma implica um entendimento substancial sobre a matéria que está a ser alvo de decisão e a não intromissão de terceiros na realização da mesma.

Este princípio é uma expressão da liberdade individual que merece ser respeitado, mediante a ação do indivíduo nos seus diferentes níveis de ação: universal, cultural e individual, e a aceitação de que o indivíduo é, também, construído pelas suas ideias e crenças, pelo seu passado, o presente e seu sentido de futuro. O médico que se ocupa da pessoa doente, em sofrimento, tem que procurar conhecê-la na sua totalidade, não apenas pelo seu corpo.^{6,31} Como previsto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente. Se o doente ou, na incapacidade deste, os seus familiares ou representantes legais, quiserem que um ministro ou outro membro de qualquer culto, um notário ou outra entidade legalmente competente, se faça presente, o médico tem o dever de o possibilitar no momento que considere mais oportuno.²⁹

Não raramente, a DNR o doente terminal é tomada de forma unilateral, sem que o doente tenha conhecimento de que esta está a ser equacionada e sem que a sua vontade tenha a oportunidade de ser conhecida e tomada em consideração no decorrer da mesma. Nunes defende que a decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento, num doente competente,

deve ser efetuada envolvendo ativamente o doente no processo de decisão, se for a sua vontade.³² Segundo Kant, a autonomia é a base da dignidade, a qual é básica e intrínseca e se deve alicerçar no valor moral do respeito por qualquer ser humano que possua potencial para entender e decidir.³³

O artigo 5º da Convenção sobre bioética e direitos humanos, da UNESCO, prevê que autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões deve ser respeitada, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros e no caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.²⁶ Dada a limitada sobrevivência após o diagnóstico de determinadas doenças oncológicas, é justificável a importância de ter um plano de cuidados, o qual pode incluir documentação como as DAV, com o acréscimo de que estas são especialmente aconselhadas em doentes com cancro, dada, a não rara, morte destes doentes em *delirium*.¹⁴ As recusas de intervenções ou terapêuticas, uma variante das DAV, têm carácter vinculativo se conferidos os requisitos de garantia de genuinidade: formalização por escrito perante notário, atestando capacidade e liberdade do declarante e respetiva datação. Contudo, as mesmas podem ser revogadas oralmente pelo autor. As DAV não carecem de caducidade e podem ser para o médico uma salvaguarda de que a sua ação está de acordo com o desejo do doente; não obstante, recomenda-se a sua atualização de cinco em cinco anos e a equipa de saúde deve ter em conta a data em que a declaração foi elaborada, as circunstâncias de saúde nessa altura e a evolução posterior da ciência médica para determinar, em consciência, a atual vontade da pessoa.³⁴

A baixa frequência de realização de DAV e um curto intervalo de tempo entre a elaboração da ONR e a morte do doente podem ser instrumentos indiciadores de uma necessidade de melhorar a comunicação médico-doente, no que concerne aos objetivos dos cuidados em fim de vida.²⁸

A RCP é um método gerador de elevadas expectativas, irreais, de recuperação bem-sucedida, pelo que, é fundamental educar o doente sobre riscos e probabilidade de sucesso do mesmo. Muitos médicos falham na prestação adequada de informação acerca de questões de fim de vida e, por vezes, ocorre num estado tão avançado da doença que já não permite a participação do doente. Esta falha, que viola em tudo o respeito pela autonomia do doente, advém, muitas vezes, da abordagem, delicada e dedicada, que a DNR exige, razão pela qual são feitas suposições por parte do médico, para evitar conversas com o doente, por falta de tempo ou desconforto em tê-las. Na maioria destas falhas, o médico pensa estar a fazer o melhor para o seu doente, esquecendo que preconceitos e suposições pessoais estão a interferir na comunicação entre os dois.²³

Muitos doentes sobrestimam a probabilidade de sobreviver após a RCP e muitos mudam a sua opinião, optando pela ONR, quando alertados para os prováveis resultados da RCP, realçando a importância da prática do consentimento informado.^{13,35}

Defende-se que uma relação com base na confiança, seja o ponto de partida para que o médico afirme a sua responsabilidade ao prestar ao doente todas as informações clínicas necessárias para que este seja capaz de tomar a sua decisão, livre de qualquer tipo de coação e, assim, os seus interesses sejam protegidos e a sua autonomia praticada.

Princípio da Justiça

Beauchamp e Childress apresentam o princípio da justiça, como a necessidade de “que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças e dele parte a regra da privacidade, entendida, em termos gerais como o acesso limitado à pessoa e visando manter o respeito pela dignidade de ser pessoa”.³⁶ Para estes autores, o referido princípio é expressão da justiça distributiva, ou seja, da distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, em conformidade com as normas que regulam os termos da cooperação social.³⁷

A gestão de recursos de saúde deverá, assim, pressupor a justiça social. Todavia, não se torna uma atitude automatizada, dado o juízo subjetivo de quem tem que decidir, concretamente em duas situações. A primeira coloca-se quando autonomia do doente não vai ao encontro da justiça social, quando o doente se deixa aliciar pelo progresso tecnológico para se distanciar da morte, ocultando, até inadvertidamente, os custos que esta atitude possam ter na dignidade, na fase terminal da sua vida, acrescidos aos custos económicos, do investimento por parte da instituição na sua terapêutica.

A segunda questão está relacionada com o conflito entre os elementos da equipa de saúde que analisam e discutem a DNR. Instabilidade pode ser o resultado do debate e tanto esta, como a primeira situação, podem convergir no prolongamento desnecessário e doloroso da terapêutica.

A expectativa de que tudo será feito é ainda uma atitude social de relevo atualmente, capaz de conduzir a terapêuticas desproporcionadas. A cultura médica que favorece intervenções tecnológicas e sistemas de pagamento que recompensam cuidados de saúde volumosos favorecem a desadequação da abordagem da DNR. Promover a centralização dos cuidados de saúde no doente, melhorando os cuidados em fim de vida, e incentivar o uso da satisfação do doente e/ou a qualidade dos serviços que lhe são prestados como critério para atribuição de incentivos, são propostas como estratégias capazes de limitar o investimento curativo.^{22,23}

Nos dias de hoje, dada a evolução tecnológica, os hospitais estão vocacionados para tratar ativamente a doença, daí que possam carecer da necessitada solidariedade coletiva. Questões de ordem financeira, social e política afetam a distribuição de cuidados de saúde e poderão conjuntamente zelar pelo superior interesse do doente, e também da economia, se for dada a primazia aos cuidados centrados no doente, orientados pela salvaguarda da sua dignidade e evitando que recursos sejam gastos em tratamentos sem comprovada eficácia de melhoria de condições que favoreçam a promoção ou a qualidade de vida do doente.

O *timing* da DNR, para além de ter impacto significativo sobre a qualidade dos cuidados prestados ao doente, já que o atraso na tomada de DNR pode resultar em cuidados desnecessários e desproporcionados, tem, cumulativamente, impacto negativo sobre o tempo e custos de internamento do doente.⁸

No exercício da Medicina, o princípio da justiça exige equidade na distribuição de bens e benefícios, pelo que qualquer doente deve ter direito aos mesmos cuidados de saúde, independentemente do médico assistente responsável ou da instituição em que se encontre, e, no caso particular dos cuidados paliativos, valorizando as ações que não antecipem nem atrasem a morte, encarando-a como um processo natural e contínuo.

2. *«Os princípios éticos só podem ser validamente usados para as decisões éticas, na prática médica, quando os médicos que os usam forem homens virtuosos. Em contrapartida, os médicos virtuosos não devem pensar que a sua ciência, servida pela sua virtude, os dispensa de respeitarem ou até de reconhecerem a natureza particular da sua relação com os doentes, que os princípios definem numa síntese feliz.»*
*Serrão*³⁸

Ética das Virtudes

“Uma pessoa virtuosa agirá, sempre, bem, em qualquer circunstância, de acordo com a sua própria natureza. No âmbito específico da prestação de cuidados de saúde, o profissional virtuoso é definido em relação ao fim da medicina, cujo princípio arquitetónico é o bem do doente, expresso na saúde, no curar, no cuidar.”³⁹

Em questões de fim de vida, o médico lida, intimamente, com a morte, e não pode, por desconforto ou indiferença, afastar-se ou manter distância dela, reduzindo-a a um problema clínico que deve tratar. O médico como agente moral deve compreender e responder às

necessidades do doente, integrar o conhecimento, as intenções, os atos e as respectivas consequências e utilizar as capacidades intelectuais e o conhecimento adequados para, em conjunto com os valores morais, implementar decisões que culminem numa boa prestação de cuidados. Não raramente, os doentes de cancro experienciam dor, sintomas físicos, sofrimento emocional e, talvez o mais penoso, existencial, pelo que o médico como agente deve estar preparado para entender e atender ao doente como um todo, estando predisposto a boas formas de saber e de agir depende de virtudes, que se entendem por traços intelectuais de carácter, como o conhecimento teórico, experiencial e contextual, mas também, por traços morais de carácter, como a benevolência, a veracidade, a fidelidade, a honestidade intelectual, a coragem, o apagamento relativo de interesse próprio.^{40,41}

No exercício da medicina de acompanhamento, o médico não deve tender a discutir questões, como a DNR, apenas quando a morte se apresenta como uma inevitabilidade capaz de ter voz própria; deve, antes, integrá-la desde cedo num diálogo aberto, atempado e baseado na confiança, para que a ONR possa ser claramente compreendida e dúvidas e desejos sejam expressados de tal modo que possam ser discutidos e orientar o processo de tomada de decisão. Se conflitos éticos emergirem, o médico deve, assim, a partir das virtudes morais e intelectuais, integrar os princípios éticos *Prima Facie*, e resolver os dilemas éticos decorrentes.

A ética das virtudes retoma o valor da beneficência, a primazia de fazer o bem ao nível do ato de cuidar do doente, da qual decorre a responsabilidade de lhe proporcionar cuidados médicos adequados, que reconheçam a sua autonomia. Concomitantemente, o cuidar deve procurar o bem que tenha significado existencial para o doente, e este deve ser praticado conceptualizando o doente como pessoa, fazendo do ato médico um ato humanitário. A prática do princípio da beneficência tem de estar em equilíbrio com o valor do respeito pela autonomia do doente - beneficência de confiança. Em caso de conflito entre os dois, não será

possível recorrer-se a qualquer hierarquização dos mesmos, pelo que será o diálogo, ou seja, sempre os dois intervenientes, médico e doente, que encontrará uma solução.⁴²

É desta forma que este modelo ético encoraja a um forte empenho na formação dos profissionais de saúde, de modo a que eles desenvolvam virtudes de acordo com a finalidade da prestação de cuidados de saúde⁴³, ao invés do que prevalece na maioria das escolas médicas, em que se privilegia a aquisição de um elevado número de competências teóricas e práticas, num ambiente altamente competitivo, negligenciando a formação ética e humana dos estudantes.⁴⁴ Não é exigido ao médico qualquer formação na área da comunicação e, no caso da tomada de DNR, a falta de competência na condução da mesma é atribuída, pelos próprios médicos, à escassez de modelos de como esta deve ser conduzida.⁴⁵

A ética das virtudes requer um consenso de virtudes ou valores, requer uma noção de “bem comum”, de onde advém, também, o problema de ensinar e de avaliar a virtude. Segundo alguns autores, é difícil desenvolver virtudes em pessoas com desenvolvimento moral já avançado, como os profissionais de saúde em formação ou já formados. Respondendo claramente a esta questão, Pellegrino⁴⁶ é perentório: «Sim, pensamos que as virtudes essenciais ao exercício da medicina podem ser ensinadas, pelo menos em parte e com alguma esperança de sucesso».

Estudos afirmam que a habilidade para comunicar pode e deve ser ensinada e resultará em melhoria da competência do médico. Defende-se, não somente, o treino da identificação sistemática do doente apropriado a ver discutida a DNR, mas também a aprendizagem da comunicação de más notícias e a gestão de conflitos familiares se apresentam importantes. Apontam-se estratégias eficazes aquelas que envolvem a aprendizagem experiencial, como a observação direta²³, como sugeria Pellegrino⁴⁷ ao considerar que «a influência mais poderosa, positiva ou negativa, para a conduta profissional dos estudantes de medicina, internos e

jovens médicos, é a dos seus professores de clínica». Citando Lobo Antunes⁴⁸, «a ética não é aprendida apenas através das técnicas pedagógicas [...] aprende-se também, e de forma talvez mais viva, pelo exemplo».

É perentório que se aposte na formação específica nas escolas de medicina, na educação do profissionalismo e dos valores éticos a partir dos quais desempenhar o exercício virtuoso da medicina, para melhorar a frequência, a qualidade e o *timing* das conversas com o doente acerca da DNR. Quando a morte é eminente são, vários e sérios, os fatores que afetam o doente, incluindo a relação com a família e a preparação para morte ou medo de morrer. São fatores pessoais que raramente são verbalizados, entre médico e doente, e se, realmente, ambos estão perante uma importante decisão, como a DNR, terá de prevalecer a comunicação entre ambos, para que este seja devidamente tomada.¹³ O médico deve estar preparado para conversar abertamente com o doente, e providenciar apoio psicossocial, se necessário, para que este expresse as suas preferências, pois é ao conhecer o desejo do doente, que se entende o que é melhor para ele. O nível de desconforto do médico, a incapacidade de reconhecer a autonomia do doente e a discrepância entre o ambiente académico e a prática clínica podem ser barreiras à relação médica benevolente, adequada à discussão acerca da DNR.⁴⁹

Menores taxas de opção pela ONR estão associadas a instituições maiores, com tecnologia de ponta, a hospitais urbanos e centro académicos. Muitas vezes o médico não equaciona “se” deve iniciar determinado procedimento, mas antes, “quando” lhe deve dar início, atitude que pode não ser feita em consciência, mas estar automatizada pela força da cultura da instituição em que o médico se insere. Esta prática carece de mudança, em favor de uma atuação que, centrada no superior interesse do doente, delineie, a partir do diálogo entre médico e doente, prognóstico, metas e opções terapêuticas, sem que nunca se arrisque o pressuposto de que o cuidado possa ser retirado. São propostas estratégias capazes de contribuir para uma mudança organizacional de sucesso como a fomentação da partilha de informação entre os profissionais

de saúde da equipa responsável pelo doente, o apoio por parte do diretor de serviço e a avaliação e disponibilização de dados de desempenho da equipa.²³

Conclusão

O estado atual do conhecimento médico disponibiliza numerosas possibilidades técnicas terapêuticas passíveis de ser utilizadas nas mais variadas situações. Todavia, desde os anos 70 que a RCP não é uma terapia elegível para todos os doentes. Face à irreversibilidade do prognóstico clínico em determinadas situações, são impostos limites à equipa de cuidados de saúde na luta pela cura do doente. Com este pressuposto surge a DNR, a primeira medida capaz de recusar uma intervenção terapêutica específica. Conclui-se, em primeira instância, que DNR um doente é uma questão de marcado relevo, a qual assume clara importância na promoção do respeito pela dignidade do ser humano numa fase tão delicada da vida, como a fase terminal. A sua discussão é compreensivelmente geradora de desconforto, dada a sua dualidade entre ser capaz de assumir a morte do doente em caso de PCR e a responsabilidade em prevenir a tomada de uma atitude fútil, isto é, que realize uma intervenção danosa, contrária ao interesse do doente.

A dificuldade que pode ser tomar uma decisão como a de não reanimar, jamais pode ser motivo a ter em conta para o atraso, ou mesmo omissão, da sua discussão. Cabe ao médico a prática do consentimento informado, pelo que deve, atempadamente, ao ritmo necessário pelo doente e na extensão por ele desejada, educar o seu doente com prognóstico de doença terminal, quanto aos tratamentos disponíveis, benefícios esperados e eventuais danos, assegurando o respeito pela sua autonomia. Deve, ainda, ser providenciado ao doente apoio psicossocial e religioso para que expresse as suas preferências, os seus desejos e as suas convicções, pois conhecer o doente é crucial para entender o que é melhor para ele. Conclui-se que a boa comunicação com a equipa de saúde é fulcral para a garantir a qualidade e adequação dos cuidados prestados e que, particularmente em fim de vida, melhora a satisfação do doente e da família, alivia-os emocionalmente e, posteriormente, melhora a adaptação ao

luto⁵⁰, razões pelas quais, deve ser tratada como uma questão preponderante no exercício da medicina.

Em terceiro lugar, conclui-se que formação específica é urgente para melhorar a frequência e qualidade das conversas acerca de questões de fim de vida, mais especificamente acerca da DNR. Deve-se apostar na formação e sensibilização dos profissionais de saúde, de modo a que estes sejam capazes de identificar os doentes a quem se aplica a DNR, assim como, de desenvolver a habilidade de comunicar com o doente e a sua família. As escolas médicas não estão ainda preparadas para educar o profissionalismo, atitude fundamental para a ação do médico como agente moral. Deve-se fomentar a inserção de valores éticos na prática clínica, como a integridade, a honestidade, a responsabilidade, a justiça, o altruísmo, a preocupação mas também o respeito pelos outros e regulação pessoal, para que se formem médicos virtuosos capazes de implementar decisões que culminem numa prestação de cuidados tecnicamente adequados e eticamente bons.

Com a técnica a tomar cada vez mais espaço nos cuidados de saúde, dado o avanço da ciência e da tecnologia, é essencial que o lugar central do Homem permaneça, pelo que se salienta, por último, a necessidade de focar os cuidados prestados no doente e não na doença, salvaguardando os princípios da beneficência e da não maleficência. É assim relevante que se invista na medicina paliativa, pois cada vez mais o médico é chamado a acompanhar o seu doente no processo de morte, quando a cura não é mais uma opção, e deve em todo o caso prestar um atendimento e cuidados de qualidade. Faz parte da melhoria dos cuidados paliativos a padronização da DNR, de modo a que seja garantido que todos vejam esta questão discutida, independentemente da instituição em que se encontre ou do médico que o acompanhe.

Em suma, a discussão acerca da DNR levanta diferentes questões, não só de caráter clínico, legal e económico, como também de caráter ético, as quais se encontram longe de ter uma resposta consensual. Apesar de ter mais de 40 anos, a DNR não é ainda clara e criteriosa, razão pela qual se constata que um longo caminho há ainda a percorrer, tanto no sentido da educação da população e, sobretudo, dos profissionais de saúde, como no sentido da padronização desta tomada de decisão, para que a sua discussão e aplicação se torne transversal e independente do médico ou da instituição. Salienta-se sobretudo a necessidade de promover um debate pluridisciplinar acerca das questões de fim de vida, face à atual e crescente capacidade de prolongar a vida oferecida pela evolução tecnológica. É cada vez mais importante que a medicina paliativa cresça, para que o fim de vida seja cada vez mais provido do maior conforto e qualidade, mas acima de tudo, da maior dignidade.

Agradecimentos

Agradeço a Professora Doutora Margarida Silvestre pelo exemplo e orientação prestados até à conclusão do presente trabalho.

Referências

1. Kouwenhoven W, Jude J, Knickerbocker G. Closed-chest cardiac massage. *J Am Med Assoc.* 1960;173(10):1064-1067.
2. Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações. *Acta Pediatr Port.* 2006;1:32-34.
3. Sanderson A, Zurakowski D, Wolfe J. Clinician Perspectives Regarding the Do-Not-Resuscitate Order. *J Am Med Assoc Pediatr.* 2013;167:954-958.
4. Trivedi S. Physician perspectives on resuscitation status and DNR order in elderly cancer patients. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2013;18(1):53–56.
5. SUPPORT Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *J Am Med Assoc.* 1995;274:1591-8.
6. Elliott J, Olver I. Dying cancer patients talk about physician and patient roles in DNR decision making. *Health Expect.* 2011;14:147-58.
7. Parecer no 11/CNECV/95 sobre as Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Fim da Vida. [Internet]. CNECV; 1995. Available from: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf
8. Alsirafy S, Mohammed A, Al-Zahrani A, Raheem A, El-Kashif A. The Relation Between the Timing of Palliative Care and the Frequency and Timing of Do-Not-Resuscitate Orders Among Cancer Deaths in a Tertiary Care Hospital. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014.
9. Perkins G, Pitcher D, Soar J. Challenges of Do-Not-Attempt-Resuscitation Orders. *J Am Med Assoc.* 2012;307:2487-2489.

10. Braga I, Dutschmann L, Fiuza T, Almeida H, Gil V, Brandão T. Implementação da Ordem de Não Reanimar. *Revista Ordem Médicos*. 2012;133:20-23.
11. Sharma K, Dy M. Documentation of information and care planning for patients with advanced cancer: associations with patient characteristics and utilization of hospital care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28:543-549.
12. Maida V, Peck J, Ennis M, Bror N, Maida A. Preferences for active and aggressive intervention among patients with advanced cancer. *BCM Cancer*. 2010;10:592.
13. Saltbaek L, Michelsen H, Nelausen K, Gut R, Nielsen D. Old age and poor prognosis increase the likelihood of disagreement between cancer patients and their oncologists on the indication for resuscitation attempt. *Support Care Cancer*. 2013;21:3363-3370.
14. Parsons H, Cruz M, Zhukovsky D, Hui D, Delgado-Guay M, Akitoye A et al. Characteristics of Patients Who Refuse Do-Not-Resuscitate Orders Upon Admission to an Acute Palliative Care Unit in a Comprehensive Cancer Centre. *Wiley InterScience*. 2010;116:3061-3070.
15. Hanson C, Rodgman E. The use of living wills at the end of life. A national study. *Arch Intern Med*. 1996;156:1018-1022.
16. Whitney N. A new model of medical decisions: exploring the limits of sharing decision making. *Medical Decision Making*. 2003;23:539-546.
17. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil M. Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *Journal of Critical Care*. 2013;28:14-21.
18. Portaria n.º104/2014. DR n.º 93, Série I de 2014-05-15, Portaria n.º 96/2014. DR n.º 85, Série I de 2014-05-05, Lei n.º 25/2012. DR n.º 136, Série I de 2012-07-16
19. Camps V, *Virtudes Públicas*. Madrid: Espasa Calpe; 1993.

20. Manual do Curso Introdução à Bioética. Consultoria e Formação de Ética Aplicada.
[Internet] Available from:
plataformadosaber.com/portalinvestigacao/uploads/trabalhos/documento1/18.pdf.
21. Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990;112(12):949-54.
22. Lee J, Ward H. A formalised, more considered and ethical approach to resuscitation. *Internal Medicine Journal.* 2013;43(8):956.
23. Yuen J, Reid M, Fetters M. Hospital Do-Not-Resuscitate Orders: Why they have failed and how to fix them. *JGIM* 2011;26(7):791-7.
24. Roeden S, Delden J. Do-Not-Resuscitate, the next generation: VF-only. *JAGS.* 2013;61(2):307-8.
25. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina [Internet]. Oviedo: Conselho da Europa; 1997. Available from: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionaisdh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>
26. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet] UNESCO. 2006. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
27. Downae J, Rodin D, Barua R, Lejniaks B, Gudimella R, McCredie V et al. Rapid response teams, do not resuscitate orders, and potencial opportunities to improve end-of-life care: a multicentre retrospective study. *Journal of Critical Care.* 2013;28:498-503.
28. Guo Y, Palmer J, Bianty J, Kozen B, Shin K, Bruera E. Advance directives and Do-not-resuscitate Orders in Patient with Cancer with Metastatic Spinal Cord Compression: Advanced Care Planning Implications. *Journal of Palliative Medicine.* 2010;5:20.

29. Novo Código Deontológico. Revista Ordem dos Médicos. 2009;97:51-72.
30. Neves M. A teorização da bioética. In Comissões de ética, das bases teóricas à atividade quotidiana. 2 ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002. p. 39.
31. Whitmer M, Hurst S, Prins M, Shepard K, McVey D. Medical Futility, A Paradigm as Old as Hippocrates. Dimens Crit Care Nurs. 2009;28:67-71.
32. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. Revista Bioética. 2010;18:469-481.
33. Kant I. Groundwork of the Metaphysics of Morals. Gregor M. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
34. Parecer no 59/CNECV/2010 sobre os projectos de lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade [Internet]. CNECV; 2010 [cited 2014 Sep 27]. Available from:http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1293115760_Parecer%2059%20CNECV%202010%20DAV.pdf
35. Billings J. Getting the DNR. Journal of Palliative Medicine. 2012;15:1288-1290.
36. Neves M. A teorização da bioética. In Comissões de ética, das bases teóricas à atividade quotidiana. 2 ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002. p. 41.
37. Goldim J. Princípio da Justiça. [Internet] Porto Alegre; 1998 [cited 2014 19 Out] Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/justica.htm>
38. Serrão D. Ética Médica: Princípios ou virtudes? Arq Med. 1996;10:8-10.
39. Neves. M. A teorização da bioética. In Comissões de ética, das bases teóricas à atividade quotidiana. 2 ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002. p.148.
40. Giordano J, Schatman M. Crisis in Chronic Pain Care: An Ethical Analysis Part Two: Proposed Structure and Function of an Ethics of Pain Medicine. Pain Physician. 2008;11:589-595.

41. Giordano J. Moral Agency in Pain Medicine: Philosophy, Practice and Virtue. *Pain Physician*. 2006;9:41-46.
42. Neves M. A teorização da bioética. In *Comissões de ética, das bases teóricas à atividade quotidiana*. 2 ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002. p. 53.
43. Neves M. A teorização da bioética. In *Comissões de ética, das bases teóricas à atividade quotidiana*. 2 ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002. p. 51-52.
44. Cruz J. O Ensino de uma Ética das Virtudes nas Escolas Médicas *Rev Bioet Latinoam*. 2013;12:108-117.
45. Buss M, Alexander G, Switzer G, Arnold R. Assessing Competence of Residents to Discuss End-of-life issues. *J Palliat Med*. 2005;8:363-371.
46. Pellegrino E, Thomasma D. *The Virtues in Medical Practice*. New York. Oxford University Press. 1993.
47. Pellegrino E. «Character formation and the making of good physicians». In: NUALA, P. K., SHELTON, W. (Eds). *Lost virtue: Professional character development in medical education*. Amsterdam. Elsevier 2006
48. Antunes J. O ensino da Ética. In: *Um Modo de Ser. Ensaios*. 7 ed. Lisboa: Grávida; 1997.
49. Robinson C, Kolesar S, Boyko M, Berkowitz J, Calam B, Collins M. Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want? *Canadian Family Physician*. 2012;58:229-233.
50. Maurer S, Hinds P, Spunt S, Furman W, Kane J, Baker J. Decision Making by Parents of Children With Incurable Cancer Who Opt for Enrollment on a Phase I Trial Compared With Choosing a Do Not Resuscitate /Terminal Care Option. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;26:3292-3298.