

MORTE EVIDENTE E DILEMA ÉTICO DO ENFERMEIRO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA EM CONTEXTO DE REANIMAÇÃO NO PRÉ-HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Carlos Faria [1], José Pedro Dias [1], Paulo Silva [1], Susana Regadas [1,2]

[1] Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia- IPJPN, Portugal

[2] Insight – Piaget Research Center for Ecological Human Development, Portugal

2024126822@ipiaget.pt

RESUMO

Enquadramento: Os enfermeiros de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida experienciam diversas situações de paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar, confrontando-se com dilemas éticos perante casos de morte evidente. **Objetivos:** Analisar o dilema ético do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida na decisão de iniciar ou suspender manobras de reanimação em casos de paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar. **Métodos:** O presente estudo segue uma abordagem qualitativa, centrada na análise de um estudo de caso clínico, complementada por uma revisão narrativa da literatura científica, que sustenta a reflexão e fundamentação das decisões éticas em análise. **Resultados:** A evidência sustenta que apesar da evolução significativa do projeto de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e da elevada qualificação exigida aos enfermeiros, persistem divergências capitais na decisão de iniciar ou suspender manobras de reanimação em paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar. **Conclusões:** Impõe-se, à luz das orientações europeias, das mais recentes evidências científicas e do enquadramento ético-legal que rege a profissão, uma revisão dos protocolos do Instituto Nacional de Emergência Médica no que concerne à atuação do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida, sendo que a consagração de diretrizes que reconheçam a sua autonomia na decisão de não iniciar ou de suspender manobras de reanimação se revela determinante para mitigar dilemas éticos e assegurar o pleno respeito pela dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência, Ética em Enfermagem, Reanimação Cardiopulmonar.

EVIDENT DEATH AND ETHICAL DILEMMA OF THE IMMEDIATE LIFE SUPPORT NURSE IN THE CONTEXT OF PRE-HOSPITAL RESUSCITATION: A CASE STUDY

ABSTRACT

Background: Ambulance nurses providing Immediate Life Support experience various out-of-hospital cardiorespiratory arrest situations, facing ethical dilemmas in cases of obvious death. **Objectives:** To analyze the ethical dilemma faced by Immediate Life Support nurses in deciding whether to initiate or suspend resuscitation maneuvers in cases of out-of-hospital cardiorespiratory arrest. **Methods:** This study follows a qualitative approach, centered on the analysis of a clinical case study, complemented by a narrative review of the scientific literature, which supports the reflection and justification of the ethical decisions under analysis. **Results:** The evidence suggests that despite the significant evolution

of the Immediate Life Support ambulance project and the high level of qualification required of nurses, major divergences persist in the decision to initiate or suspend resuscitation maneuvers in out-of-hospital cardiorespiratory arrest. **Conclusions:** Considering European guidelines, the latest scientific evidence, and the ethical and legal framework governing the profession, a review of the National Institute of Medical Emergency protocols concerning the actions of nurses providing Immediate Life Support is necessary. Establishing guidelines that recognize their autonomy in deciding not to initiate or to suspend resuscitation maneuvers is crucial to mitigating ethical dilemmas and ensuring full respect for human dignity.

Keywords: Emergency Nursing, Nursing Ethics, Cardiopulmonary Resuscitation.

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), perante um conjunto de constrangimentos em termos de disponibilidade de recursos humanos e materiais em algumas zonas do país, desenvolveu em 2007 o projeto de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tendo como principal objetivo a melhoria do nível de cuidados de emergência médica pré hospitalar (PH) (Oliveira, 2021; INEM, 2024). As ambulâncias SIV são tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), em que o primeiro detém formação de suporte imediato de vida e o segundo formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa, dispõem de equipamento de Suporte Imediato de Vida e são capazes de dar uma resposta adequada e multidimensional perante situações críticas (Baião, 2021; INEM, 2024). Em 2023, as ambulâncias SIV sediadas nos serviços de urgência básica (SUB) foram acionadas 36.925 vezes, representando uma média diária de 101 acionamentos e uma média de duas vezes por dia cada uma das ambulâncias. Acresce que maioritariamente foram acionadas para Prioridade 1 (P1) – situações graves que precisam de suporte avançado/imediato de vida (INEM, 2024).

A nível do PH, as situações que o enfermeiro se depara são diversas, sendo que a implementação de protocolos permite ao enfermeiro ter uma atuação mais eficaz num meio de extrema complexidade relacionada com a doença aguda e traumática. Na abordagem à pessoa, o enfermeiro SIV avalia e implementa as intervenções de enfermagem mais adequadas para cada situação, sendo que em algumas situações necessita de validação do médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para que cumpra com os protocolos instituídos (Oliveira, 2022).

Porém, tais protocolos, quando não são flexíveis na sua aplicação, podem condicionar a tomada de decisão dos enfermeiros SIV que atuam sem a presença do médico, podendo levar a práticas que, tendo em conta a evidência científica, podem não ser as mais corretas e com limitações legais na sua atuação, por exemplo perante uma pessoa em paragem cardiorrespiratória (PCR) (Oliveira, 2022).

Tendo em conta o protocolo do INEM, em situações de PCR, o enfermeiro SIV, mesmo sendo capaz de diagnosticar morte irreversível através dos seus conhecimentos científicos, tem de iniciar e manter manobras de reanimação até à chegada do médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou até à chegada a uma unidade hospitalar (INEM, 2019). À semelhança dos enfermeiros SIV do INEM, os enfermeiros SIV dos Açores também atuam com base em protocolos estabelecidos pelo Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), porém conseguem ter mais autonomia no que diz respeito à tomada de decisão de não reanimar ou suspender as manobras de reanimação perante pessoa cadáver (SRPCBA, 2021).

A nível Europeu, a incidência de PCR em contexto não hospitalar é entre 67 e 170 por 100.000 habitantes, sendo que as manobras de ressuscitação são tentadas ou continuadas pelas equipas de emergência PH em cerca de 50-60% dos casos (Gräsner et al., 2021).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2024), seguindo o consenso atual de associações de enfermagem como o Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) e o Royal College of Nursing (Reino Unido), enumera outras indicações para não iniciar manobras de reanimação perante casos de morte evidente para além das protocoladas pelo INEM, acrescentando que os enfermeiros possuem autonomia para tomarem a decisão de não reanimar (DNR). É geralmente aceite que as manobras de reanimação não devem ser fornecidas, refletindo as preceitas médicas e éticas, incluindo o dano potencial de reanimação e o risco de resultados desfavoráveis em caso de sobrevivência (Soar et al., 2021).

Oliveira (2022) refere que os princípios éticos - autonomia, honestidade, beneficência, não-maleficência, dignidade e justiça -, devem ser orientadores na atuação dos enfermeiros SIV na tomada de decisão em contexto PH perante questões de ressuscitação e em casos de fim de vida.

À luz dos princípios éticos e da deontologia profissional, o enfermeiro SIV nestas situações deveria ter uma conduta de respeito pela pessoa cadáver não a submetendo a procedimentos como a reanimação (OE, 2024).

Uma vez que o enfermeiro SIV implementa as suas intervenções baseadas na evidência científica mais recente, tendo também em conta os princípios éticos e deontológicos da sua profissão, os referidos protocolos do INEM podem limitar a ação das suas funções (Oliveira, 2022). Tendo por base a legislação portuguesa, o enfermeiro SIV, ao aplicar manobras de reanimação perante um caso de morte evidente, incute uma série de irregularidades que podem ser puníveis (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995).

Pelo exposto, elaborou-se uma reflexão profícua sobre o dilema ético lidado pelos enfermeiros de ambulância SIV no PH em contexto de reanimação em casos de morte evidente, tendo por base um estudo de caso, suportado pela melhor evidência científica disponível e pelo enquadramento ético, deontológico e legal que rege a profissão de enfermagem.

METODOLOGIA

Como metodologia recorreu-se a um estudo de caso (Quadro 1), dado que permite organizar os dados, considerando a singularidade do objeto estudado e num curto espaço temporal, oferecendo contribuições para novas investigações sobre a temática em estudo (Delgado, 2019). O estudo de caso tem sido um terreno contestado na investigação em ciências sociais porque utiliza abordagens diferentes, às vezes opostas. É uma das mais utilizadas metodologias de investigação qualitativa em pesquisa educacional. Contudo, os metodólogos não fazem consenso sobre a concepção e a realização desse método, dificultando a sua plena evolução (Yin, 1981). A escolha do método de estudo de caso para esta investigação baseia-se nos critérios clássicos destacados por Yazan (2016), que defendem a sua adequação para o estudo de fenómenos complexos inseridos em contextos naturais, onde os limites entre o fenómeno e o ambiente são difusos. Esse método permite responder a perguntas do tipo “como” e “porquê”, possibilitando uma compreensão aprofundada e contextualizada dos processos investigados, o que é fundamental para a qualidade e a relevância da análise. Segundo Delgado (2019), o estudo de caso permite a caracterização de um contexto específico, assumindo como principal destaque uma análise pormenorizada com rigor científico.

De forma a elaborar um estudo de caso completo, transparente e útil para a prática científica, recorreu-se às diretrizes “CARE - Case Report Guidelines” (2023). As diretrizes “CARE” estão relacionadas com a qualidade científica, ética e comunicacional do relato, servindo como um padrão estruturado, relevante para os profissionais, além de reproduzível e comparável a outros casos semelhantes.

Este é um estudo de caso clínico único, exploratório e descritivo. Trata-se de um único caso específico, cuja situação complexa e particular de paragem cardiorrespiratória (PCR) em contexto pré-hospitalar é analisada detalhadamente. A abordagem é exploratória porque visa compreender profundamente as circunstâncias e decisões tomadas numa situação com múltiplas variáveis e desafios, sem necessariamente testar hipóteses prévias. É também descritiva porque apresenta um relato minucioso do evento, da avaliação clínica, das intervenções efetuadas pela equipa SIV e das implicações éticas e operacionais decorrentes do caso. A riqueza de detalhes e o contexto natural da emergência reforçam a adequação do estudo de caso para fornecer conhecimento aprofundado sobre práticas, limitações e dilemas vivenciados em cuidados pré-hospitalares em situação de PCR.

Assim, o presente artigo estrutura-se em torno da análise de um estudo de caso clínico, selecionado pela sua particular relevância ética e pertinência no contexto da prática profissional, cuja sustentação teórica foi assegurada através de uma revisão narrativa da literatura científica, recorrendo-se a evidência científica disponível nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) relacionados com a temática em análise, com pesquisa livre utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS): Enfermagem em Emergência, Ética em Enfermagem, Reanimação Cardiopulmonar. Complementada a pesquisa com documentação das entidades como INEM e Ordem dos Enfermeiros (OE), legislação portuguesa e enquadramento ético da temática.

Para o tratamento e sistematização da informação recorreu-se à análise de conteúdo (AC) segundo Bardin (2016), dado ser uma ferramenta metodológica robusta e amplamente reconhecida como durável e confiável. Mediante um processo de categorização permitiu-se a organização, interpretação e aprofundamento crítico dos dados.

Na pré-análise, a primeira fase da AC, sobre o qual o pesquisador sistematiza as ideias preliminares e diferencia a relevância dos materiais a serem utilizados daqueles que pouco agregam à pesquisa, agregaram-se os dados obtidos na pesquisa realizada.

A fase de exploração do material, iniciada com a codificação segundo Bardin (2016), permitiu transformar dados brutos como textos em palavras e segmentos de texto com informação relevante para o estudo em questão, utilizando uma codificação fechada com as seguintes categorias pré-estabelecidas, verificando a presença ou frequência de determinados conceitos: Importância do enfermeiro SIV; Reanimação no pré-hospitalar; Atuação do enfermeiro SIV em casos de morte evidente; Ética da ressuscitação e decisão de não reanimar/ término da ressuscitação; Deontologia Profissional; Enquadramento legal.

As categorias utilizadas foram apriorísticas, na medida em que foram preconcebidas e orientam a codificação dos dados conforme quadro teórico estabelecido.

Por fim, na última etapa da categorização de Bardin (2016), foi realizado o tratamento dos resultados e a interpretação a partir da inferência no campo de “Discussão e Conclusões”, dando sentido e significado às manifestações encontradas e estabelecendo diálogo com o arcabouço teórico.

Quadro 1 – Caso Clínico

O Sr. X, de 75 anos, vive com a esposa, de 79 anos, e apresenta co-morbilidades e antecedentes clínicos relevantes. No seu dia-a-dia, conta com o apoio da Assistência Social, da esposa e de vizinhos nas suas atividades de vida diária, encontrando-se já com limitações físicas e cognitivas. Um dia, por volta das 7 horas, foi encontrado caído e sem sinais de vida à porta do quarto pela esposa que, ao acordar, solicitou ajuda ao vizinho. O Sr. X havia sido visto no seu estado habitual pela última vez às 22 horas do dia anterior. O vizinho contactou de imediato o 112 e foi informado de que seria enviada ajuda. Recebeu ainda orientações por parte do técnico para iniciar manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), uma vez que o Sr. X não apresentava sinais de vida. No entanto, devido às limitações físicas do vizinho e ao espaço exíguo onde o Sr. X se encontrava, não foi possível realizar as manobras recomendadas.

Com a chegada da ambulância SIV do INEM, o enfermeiro iniciou a avaliação, confirmando a Paragem Cardiorrespiratória. Foi necessário mobilizar o corpo do Sr. X, que se encontrava em decúbito lateral, em posição fetal, com os membros superiores rígidos em redor do tronco, o que dificultava a avaliação e o início dos cuidados. De acordo com as diretrizes e competências da equipa, foi iniciado o Suporte Imediato de Vida (SIV), tendo sido contactado o CODU do INEM para informar da situação e solicitar apoio médico, conforme protocolo. Informou-se o CODU — nomeadamente o Médico Regulador — de que a vítima apresentava sinais de morte evidente (rigidez cadavérica, livores, midríase fixa e assistolia no traçado elétrico). A realização de compressões torácicas estava dificultada pelo posicionamento rígido dos membros superiores, que impediam o acesso ao tórax. Dada a indisponibilidade de uma VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e a ausência de médico no local, foi recomendada a realização de manobras de Suporte Imediato de Vida (SIV) e o transporte da vítima para a unidade hospitalar.

Neste contexto, a equipa SIV, liderada pelo enfermeiro, teve de gerir a situação de forma a cumprir todas as suas competências legais, apesar de se ver forçada a realizar manobras fúteis, que colocavam em risco não só a integridade física e emocional da equipa, como também levantava sérias questões quanto à segurança do transporte em emergência durante a realização de manobras de SIV em trânsito.

O Sr. X foi entregue na Sala de Emergência do Hospital Y pelas 08h30, onde todas as manobras foram cessadas imediatamente após a passagem de informação à equipa hospitalar. A esposa permaneceu no domicílio, aguardando informações clínicas sobre o estado do Sr. X.

RESULTADOS

Importância do enfermeiro SIV

Segundo o INEM (2024), a PCR é um acontecimento súbito que se constitui como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. As equipas SIV são ativadas para situações de PCR onde têm por missão garantir cuidados diferenciados de SIV, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV). O enfermeiro SIV é dotado de características adequadas para a prática no contexto PH, inerentes à sua formação e ao referencial de valores éticos e deontológicos (Oliveira, 2011).

Segundo a OE (2024), os enfermeiros intervêm na saúde e na doença a fim de cuidar das pessoas que deles necessitam, respeitando o mandato social que receberam, sendo dotados de conhecimento técnico-científico e autonomia nas suas intervenções. Os enfermeiros de ambulâncias SIV devem ter experiência em emergência PH, sendo que a OE com o Regulamento n.º 226/2018 - Regulamento da Competência Acrescida em Emergência Extra-Hospitalar refere que os enfermeiros devem ser dotados de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, refletido na

transparência de tomada de decisão e na relação em situação e ambiente de emergência extra-hospitalar (OE, 2018a).

Segundo Oliveira (2011, p. 126), “é nesta perspectiva de cuidar como um processo dinâmico, que exige a mobilização tanto de conhecimentos técnico-científicos como de habilidades relacionais, implicando um envolvimento multidimensional da pessoa alvo de cuidados, que os enfermeiros a exercer funções em SIV, assumem em pleno todas as dimensões do cuidar”. Segundo Matias (2021), o enfermeiro SIV, ao ser um enfermeiro especialista, adquire particular relevância, uma vez que os seus conhecimentos teóricos, pensamento crítico global, capacidade de decisão, hierarquização das prioridades e a própria capacidade de antecipação das necessidades, é fator determinante no planeamento e gestão dos recursos físicos e materiais. Para Matias (2021, p. 34), “a auscultação do enfermeiro pode ser crucial e a importância do seu contributo para o processo de tomada de decisão é cada vez mais reconhecida”, considerando que o enfermeiro SIV está numa posição preferencial para identificar, facilitar e apoiar o processo de tomada de decisão.

Reanimação no pré-hospitalar: atuação do enfermeiro SIV em casos de morte evidente

Segundo Baião (2021), pese embora os esforços iniciais de reanimação, na generalidade dos sistemas de emergência PH, 60 a 70% das pessoas transportadas para o hospital para tratamento adicional não sobrevivem. Refere também que, no Reino Unido, a recuperação de PCR é alcançada em apenas 25,8% dos casos, sendo que as estimativas relatadas de sobrevivência até à alta hospitalar e de desfecho com resultados neurológicos favoráveis são de 9,4% e 8,5%, respetivamente.

Sousa (2019) refere que o *rigor mortis* (ou rigidez cadavérica) começa a instalar-se 3 a 4 horas após a morte, atingindo um pico máximo entre as 6 e as 12 horas após a morte, podendo persistir durante 18 a 36 horas, consoante a temperatura ambiente.

Em Portugal, o INEM é o organismo do Ministério da Saúde que coordena as atividades de emergência médica, considerando que todas as pessoas devem ser tratadas com dignidade, especificando que a frequente reanimação em doentes com poucas hipóteses de sobrevivência tem levantado preocupações (INEM, 2019). Para o INEM (2019), constituem exceções que dispensam a verificação médica e o início de reanimação as situações onde se identificam lesões não compatíveis com vida, como a decapitação, a hemicorporectomia, a carbonização e o avançado estado de putrefação. O protocolo SIV também é omissivo relativamente à atuação perante a existência de recomendações válidas de decisão de não reanimar (DNR) ou perante vítimas em fase final de vida ou acompanhadas em cuidados paliativos (Baião, 2021). Quanto às diretivas antecipadas de vontade (DAV), o INEM através da circular normativa n.º 3/2019 regulamenta que o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) não deve ser aplicado em contexto PH (INEM, 2019).

Segundo o INEM é aceitável que não se inicie SAV “... nos casos em que o tempo que mediou a PCR e o início de SBV seja superior a 15 minutos, e o ritmo encontrado pela equipa não seja desfibrilhável” (INEM, 2019, p. 253), referindo ser imperativo a correta documentação de ausência de sinais de circulação e/ou pulso. Ou seja, na dúvida sobre a probabilidade de RCP com a execução de manobras de reanimação, estas devem ser iniciadas e mantidas, referindo o INEM (2019, p. 243) que “este procedimento, que poderá ser rotulado de fútil, é defendido pelo princípio da dúvida”.

Perante as entrevistas realizadas a enfermeiros de ambulâncias SIV, Oliveira (2011) apontou como necessidade a revisão de protocolos já instituídos e validados, bem como a introdução de novos protocolos que contemplem situações não descritas nos já existentes.

Nos Açores, os enfermeiros SIV que atuam sob a orientação do SRPCBA, perante uma pessoa que não apresente critérios de morte irreversível como definidos pelo INEM, tentam apurar se tem uma diretiva antecipada de vontade, se é seguida pelos cuidados paliativos, se apresenta uma doença crónica incapacitante e se não tem vida de relação. Caso se verifique alguma das situações mencionadas, o enfermeiro contacta o médico assistente da pessoa de forma a este certificar o óbito (SRPCBA, 2021). Se nenhum destes contextos for apurado, o enfermeiro SIV tem de iniciar manobras de SAV durante 20 minutos, tempo após o qual caso não detete causas reversíveis da PCR, não detete ritmo desfibrilhável, ser uma PCR não presenciada e não terem sido iniciadas manobras de SBV antes da chegada da equipa, o enfermeiro regista um eletrocardiograma de 12 derivações em assistolia parando as manobras de reanimação e chama as autoridades competentes para o local da ocorrência (SRPCBA, 2021).

Para a OE (2024, p. 3), “é consenso atual os enfermeiros não iniciarem reanimação cardiopulmonar em situações inequivocamente associadas com a morte: destruição massiva do crânio ou cérebro; hemicorporectomia (secção transversa); lesão massiva do tronco incompatível com a vida; decapitação; decomposição/putrefação; carbonização/incineração; *livor mortis*; *rigor mortis*”, seguindo orientações do Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) e do Royal College of Nursing (Reino Unido). Baião (2021) descreve os critérios para o diagnóstico de morte por PCR em Portugal, ou seja, a ausência inequívoca de batimentos cardíacos, ausência de traçado eletrocardiográfico compatível com atividade ventricular eficaz, ausência de midríase reflexiva, ausência de movimentos respiratórios espontâneos por períodos não inferior a 10 minutos e realização durante um período não inferior a 30 minutos de manobras de SAV. Baião (2021) refere que outros sinais de morte evidentes descritos em alguns países como PCR não testemunhada em contexto de trauma contuso (Irlanda, Canadá), esmagamento do tórax (Suíça), ordem prescrita e válida de DNR para não iniciar reanimação ou como critério para suspender a reanimação (Suíça e Reino Unido), “completamente gelado” ou PCR > 15 minutos sem SBV (descartando hipotermia, afogamento e trauma com atividade elétrica) (Países Baixos), ritmo inicial de assistolia sem SBV durante 10 minutos antes da chegada da equipa (Canadá), PCR em contexto multivítimas com assistolia confirmada (EUA), acrescentando outros sinais positivos de morte como rigidez cadavérica e livores coalescentes.

Segundo Baião (2021), existem situações em que a PCR em contexto extra-hospitalar (PCR-EH) é considerado fútil, estando descritos quatro tipos de futilidade: i) fisiológica - a intervenção não tem efeito fisiológico; ii) morte iminente – a pessoa morre antes da intervenção; iii) condição letal – a pessoa encontra-se em estado terminal; iv) qualitativa - a qualidade de vida resultante será muito reduzida.

A OE (2024, p. 3), através das *Guidelines* de 2021 do *European Resuscitation Council*, refere que “os profissionais de saúde não devem iniciar Reanimação Cardiopulmonar em casos que a sua utilização é fútil (...) quando há lesão mortal óbvia ou morte irreversível”.

O *European Resuscitation Council* (Gräsner et al., 2021) define três tipos de critérios para parar ou não iniciar as manobras de ressuscitação: critérios inequívocos, outros critérios inequívocos e critérios que por si só não devem informar a tomada de decisão. Como critérios inequívocos define quando a segurança das equipas não pode ser assegurada, quando há uma lesão mortal óbvia ou morte irreversível e quando há acesso a uma DAV que recomenda a não realização de manobras de reanimação. Para outros critérios de tomada de decisão, define a persistência de assistolia apesar de 20 minutos de SAV na ausência de qualquer causa irreversível e PCR não presenciada com um ritmo inicial não desfibrilhável onde o risco de dano à pessoa decorrente da ressuscitação é maior que os

benefícios. Já quanto aos critérios que por si só não devem informar a tomada de decisão, menciona o tamanho das pupilas, a duração da reanimação, valor do dióxido de carbono expirado, valor inicial dos lactatos e tentativa de suicídio (Soar et al., 2021).

Ética da ressuscitação e decisão de não reanimar/ término de reanimação

Segundo Beauchamp & Childress (2002), são quatro os princípios que emergem como fundamentos do agir moral na ética biomédica:

- Autonomia: respeito pelo direito de autodeterminação;
- Beneficência: seleção de intervenções benéficas para o paciente após a avaliação do risco benefício;
- Não maleficência: evitar ferir ou provocar o menor dano possível para obter um resultado benéfico;
- Justiça: distribuição justa e igualitária de benefícios, riscos e custos. Diz respeito à igualdade de direitos na saúde, e à obrigação dos profissionais de saúde de aderir aos cuidados adequados e alocação de fardos e benefícios.

Mentzelopoulos et al. (2018), acrescenta ainda outros dois princípios éticos relevantes:

- Honestidade: comunicação precisa e transparente sobre a melhor evidência científica, julgamento clínico incluindo incertezas à pessoa/família;
- Dignidade: compreender “ser humano”, “ter controlo”, “relacionamento e pertença” e “manutenção do eu individual” em relação à ressuscitação e aos cuidados pós-ressuscitação. Dignidade significa evitar intervenções desproporcionadas e um “fim de vida” contradizendo as preferências da pessoa.

Matias (2011) cita que para a OE 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 e à família.

Em emergência médica, o princípio da beneficência, com a devida ponderação de riscos e benefícios, é o que move os enfermeiros a iniciar reanimação, atuando com o objetivo de obter os melhores resultados para a pessoa. No entanto, o princípio da não-maleficência, procura fazer o equilíbrio do anterior e promover a não reanimação em casos obviamente irreversíveis, pelo que encontrar um equilíbrio consensual entre estes dois princípios tem sido um dos principais dilemas dos enfermeiros durante a reanimação (Baião, 2021).

Atuar no melhor interesse da pessoa é, segundo Martins (2009, p. 179), “aceitá-lo como pessoa, respeitando a dignidade e os seus direitos, adotando uma postura ética e atuando de acordo com os mais elevados standards científicos”. Tendo em conta estes princípios éticos, os enfermeiros devem incluir a vontade da pessoa na tomada de decisão através das DAV, serem transparentes na sua atuação, atuarem conforme a melhor evidência científica, implementar as intervenções que após ponderação de riscos/ benefícios resultam em beneficência para a pessoa e não implementarem intervenções que provoquem danos à pessoa e à sua família (Oliveira, 2022).

Atendendo também a recomendações de outras entidades, como a *American Heart Association* (AHA), que considera não ser ético os sistemas de emergência PH proibirem os seus profissionais de terminar a reanimação, questiona-se que limite tem o princípio ético da beneficência de prescrever medidas máximas de reanimação quando a sobrevivência é improvável, sem probabilidade razoável de benefício (Baião, 2021). Segundo Carneiro & Carneiro (2020), os procedimentos praticados nas

manobras de reanimação, como compressões torácicas com o risco de fraturas costais e do esterno, intubações traqueais e ventilação com pressão positivas, são ofensas à integridade física da pessoa.

De acordo com Oliveira (2011), os princípios da beneficência, da maleficência e da justiça devem estar inerentes à prática de emergência PH. Segundo Matias (2021), o princípio da não maleficência completa o princípio da beneficência, na medida em que pode possuir um duplo efeito, uma vez que em determinadas e bem definidas as circunstâncias, ao evitar o dano intencional já se está, na realidade, a visar o bem da pessoa.

Para além das etapas do processo de tomada de decisão ética, dois grandes princípios morais devem ser considerados: a preservação da vida e o alívio do sofrimento (Matias, 2021). Assim, segundo Soares (2004), considerar que a finalidade do nosso agir é prolongar a vida a todo o curso, deixará obviamente de fazer sentido se este custo for a dignidade humana.

Relativamente à DNR, Matias (2021) refere como benefícios evitar a futilidade terapêutica e o desrespeito pela dignidade humana, garantir a orientação de todos os profissionais que assistem o doente, certificar que a decisão seja salvaguardada mesmo perante situações de emergência e compreender que não existe necessidade do uso de recursos de cuidados intensivos a fim de evitar gastos com procedimentos desproporcionados.

Segundo Oliveira (2022), nos Açores o enfermeiro SIV consegue implementar intervenções com base na melhor evidência científica e respeitar os princípios éticos no que diz respeito à ressuscitação, sendo menos frequente a obstinação terapêutica e a ambulância SIV fica disponível em menos tempo para novas ocorrências. As principais guidelines atuais sobre reanimação recomendam que todos os sistemas possuam protocolos que permitam a implementação de normas sobre término da ressuscitação com base em regras validadas (Baião, 2021).

Grunau et al. (2019, p. 54) cita que “a validação dessas regras poderá ajudar a identificar, de forma rápida e confiável, aproximadamente 20% dos doentes com PCR-EH nos quais qualquer reanimação, após confirmação desses critérios, é muito improvável de produzir resultados favoráveis”.

Em pessoas com probabilidade de sobrevivência insignificante, poderá considerar-se o término da ressuscitação no local da ocorrência, sendo que a identificação precoce e objetiva desses doentes pode evitar esforços fúteis de reanimação e alocar os recursos de PH de forma mais adequada (Baião, 2021).

Recentemente, os investigadores procuram identificar doentes com pouca probabilidade de recuperação após tentativa de restauração de circulação espontânea (RCE), a fim de reduzir os encargos médicos, éticos e financeiros de tentativas fúteis (Baião, 2021). Durante o período em que as equipas de PH transportam um doente em PCR-EH, estas não estão imediatamente disponíveis para outras solicitações adicionais, sendo que deve ser valorizada a priorização dos recursos mediante a situação de emergência, em que não deve prevalecer uma reanimação fútil sobre uma potencialmente tratável (Baião, 2021).

Deontologia profissional

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril), o enfermeiro protege e defende a vida humana, participa na valorização da vida do doente e da sua qualidade, respeita opções culturais, morais e religiosas e promove o direito ao consentimento informado.

A OE (2024) reforça que o exercício profissional de enfermagem em Portugal está habilitado por si e pelos seus estatutos, enquadrando a atuação multiprofissional dos enfermeiros em dois tipos de intervenções, interdependentes e autónomas. Refere ainda que em ambas as intervenções existe

autonomia dos enfermeiros, “tendo como base os conhecimentos técnico-científicos que usufruem, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida” (OE, 2024, p. 3).

Tomando em conta os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2012) na procura da prevenção de complicações, o enfermeiro deve ter rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem e, na procura do bem-estar e autocuidado, responsabilizar-se pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) emitiu um parecer em que refere “Não se pode, nem deve confundir a certificação legal de um óbito com a verificação *in loco* das condições de um caso concreto de acordo com as evidências biológicas e científicas da realidade fática” (OE, 2024, p. 4), acrescentando que os enfermeiros podem, de forma autónoma, recusar-se a iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar perante um corpo que evidencie sinais óbvios de morte e sem viabilidade para reanimar.

A OE (2024, p. 4) cita que “tentar reanimar alguém que apresenta sinais óbvios de morte e sem viabilidade de reanimar, é um ato que pode acarretar angústia para os (...) enfermeiros (...) além de ser um ato indigno para a pessoa falecida, sendo que os enfermeiros têm o dever de respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”. Atendendo ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018b), o enfermeiro SIV deve demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

Enquadramento legal

Dado que o enfermeiro SIV está obrigado a seguir o protocolo que não lhe permite tomar a decisão de não reanimar ou suspender as manobras numa vítima em caso de morte evidente, tendo em conta a legislação portuguesa, este incute uma série de irregularidades (Oliveira, 2022).

Tendo em conta o Decreto-Lei n.º 48/95 (2016):

“Artigo 150º do Código Penal

(Intervenções e tratamentos médico-cirúrgico)

1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

2 - As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.”

“Artigo 254º do Código Penal

(Profanação de cadáver ou de lugar fúnebre)

b) Profanar cadáver ou parte dele, ou cinzas de pessoa falecida, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos;

c) Profanar lugar onde repousa pessoa falecida ou monumento aí erigido em sua memória, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos; é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.”

Figura 1 – Quadro resumo dos fundamentos da decisão ética do enfermeiro SIV sobre a reanimação no PH em casos de morte evidente



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar da riqueza de detalhes e da profundidade proporcionadas pelo estudo de caso, é fundamental reconhecer as suas limitações inerentes. Primeiramente, a não generalização dos resultados é uma característica intrínseca a este tipo de estudo, dado que se foca numa única situação ou num número muito limitado de casos específicos (Yin, 1981).

Como Yin (1981) destaca, estudos de caso não têm o objetivo de generalizar para toda uma população, mas sim compreender em profundidade um fenómeno dentro do seu contexto natural. Além disso, a metodologia está sujeita à eventual subjetividade do investigador, que pode influenciar a interpretação dos dados e a descrição dos acontecimentos. Stake (1995) alerta para a influência do investigador, que deve ser reconhecida e controlada para evitar vieses.

O contexto natural em que o estudo ocorre pode também introduzir variáveis externas que dificultam a distinção entre fatores específicos do caso e aspectos mais amplos (Merriam & Tisdell, 2016). Para mitigar estas limitações e reforçar a validade dos resultados, torna-se necessária a triangulação de dados — ou seja, a utilização de múltiplas fontes, métodos e perspetivas para corroborar os achados. A triangulação é amplamente reconhecida por aumentar a credibilidade e a confiabilidade do estudo (Denzin, 1978; Yin, 1981).

A emergência PH ao longo dos anos tem vindo a mudar o seu paradigma, permitindo a evolução dos cuidados com base na evidência científica. A integração de enfermeiros no contexto SIV, cujo objetivo

é prestar cuidados de assistência diferenciados em ambiente PH, o mais rapidamente possível, é um enorme desafio por todas as particularidades inerentes. As especificidades do trabalho em ambulâncias SIV em situações de PCR proporciona aos enfermeiros um repertório de vivências.

Podemos concluir que o enfermeiro SIV é um elemento altamente qualificado que atua segundo os protocolos do INEM, que em certos contextos limitam a sua ação, como em casos de morte evidente.

Em Portugal, conseguimos observar atuações distintas entre os enfermeiros SIV do INEM e dos Açores, tendo os enfermeiros SIV desse arquipélago mais autonomia na decisão de não reanimar ou suspender a reanimação em vítimas cadáveres, ao contrário do que acontece com os seus pares do INEM.

Tomando em atenção as evidências de Sousa (2019), a rigidez cadavérica, como outros sinais, é um caso de morte evidente e um sinal de irreversibilidade da PCR, sendo as manobras de reanimação consideradas fúteis e inapropriadas.

Tendo em conta as diretrizes internacionais, como do *European Council Resuscitation* (Soar et al., 2021) e contextos de outros países como referidos por Baião (2021), o INEM deveria reformular os seus protocolos com base nas novas guidelines perante casos de morte evidente e decisão de não reanimar/ término de manobras, ponderando a inclusão de procedimentos já existentes na Região Autónoma dos Açores.

Respeitar as DAV, atender às orientações de DNR, respeitar os doentes em cuidados paliativos e sem relação de vida, ter em conta os critérios de morte por PCR definidos em Portugal, enquadrar contextos de reanimação de PCR-EH considerada fútil e implementar normas de término de manobras, por exemplo, poderão ser parâmetros orientadores da revisão dos protocolos do INEM.

Perante a OE (2024), o enfermeiro SIV ao aplicar manobras de reanimação num caso de morte evidente, não está a respeitar o corpo da pessoa nem a preservar a sua dignidade, uma vez que esta intervenção não trará nenhum benefício, cometendo assim irregularidades no que diz respeito ao código deontológico que regula a sua profissão, que defende a autonomia dos enfermeiros em não realizar manobras de reanimação e a decidirem o término das mesmas.

O enfermeiro SIV deve centrar os seus cuidados na pessoa de uma forma holística, envolvendo as suas preferências, vontades e crenças para que, juntamente com os princípios éticos orientadores da sua profissão, não pratiquem intervenções que tendo em conta a situação podem ser consideradas fúteis.

No contexto de PCR-EH, este tipo de decisões é de extrema complexidade e desafiante, dado que não se dispõe de uma equipa multidisciplinar para apoiar a decisão, sendo muitas vezes o acesso à informação reduzido.

Diante da legislação portuguesa, estando o enfermeiro SIV obrigado a seguir o protocolo INEM, este incorre uma série de irregularidades que podem ser puníveis. A posição legal, neste caso, coincide com a perspetiva deontológica, moral e ética.

Aponta-se como *Data Gap* a apresentação de poucos dados estatísticos do INEM, dado os mais recentes serem de 2023 e nenhum descrever em concreto as ativações SIV para contextos de PCR. Outra lacuna, ou *Knowledge Gap*, será a ausência de trabalhos de investigação desenvolvidos na área, aproveitando assim para sugerir a realização e publicitação de estudos que demonstrem o trabalho realizado pelo enfermeiro SIV e o seu contributo diferenciado num contexto tão específico como o PH com reflexão sobre as práticas e sugestão de melhorias.

Em virtude dos resultados obtidos, coloca-se a seguinte questão: Estarão as pessoas nos Açores a serem assistidas pelos enfermeiros SIV com maior evidência científica na prática dos cuidados, suportados pela deontologia profissional e legislação em vigor, do que em Portugal Continental?

Face aos desafios enfrentados pelos enfermeiros SIV em contextos de PCR-EH, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade assistencial num processo de mudança adaptativa, com enquadramento ético, deontológico e legal, a adesão a novas evidências e recomendações surge como potenciadora da excelência dos cuidados de enfermagem, reconhecendo o enfermeiro SIV como um elemento capaz na tomada de decisão tendo em conta todo o seu conhecimento e competência técnico-científica.

AGRADECIMENTOS

Os autores manifestam publicamente o seu agradecimento a todos os enfermeiros que trabalham nas ambulâncias SIV, focados a prestarem cuidados dignos face ao que a humanidade exige, e que se esforçam por valorizar e dar visibilidade à Enfermagem.

Aproveitamos para homenagear e demonstrar o profundo reconhecimento ao Enfermeiro Hélder Baião do INEM, falecido recentemente, o qual citamos neste artigo e que demonstrou ser um profissional de excelência nas suas funções.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesse para a realização da publicação, bem como qualquer apoio financeiro, associados ao resultado do estudo.

REFERÊNCIAS

- Baião, H. A. S. O. (2021). *Critérios de não reanimação validados em equipas de emergência extra-hospitalar lideradas por enfermeiros ou paramédicos* [Relatório de mestrado, Universidade do Minho e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, RepositóriUM]. <https://repositorium.uminho.pt/handle/1822/77853>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 4ª ed.
- CARE. (2013). *CARE checklist of information to include when writing a case report*. CARE Case Report Guidelines. <https://www.care-statement.org/checklist>
- Carneiro, A., & Carneiro, R. (2020). DNR: A decisão de não reanimar. Pontos de Vista. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://doi.org/10.24950/P.Vista/277/19/2/2020>
- Decreto-Lei n.º 104/98; Decreto-Lei n.º 93/1998 – Ministério da Saúde. (1998, abril 21). *Diário da República*, Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>
- Decreto-Lei n.º 48/95. (1995, março 15). *Diário da República*, n.º 63/1995, Série I-A. Código Penal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill. <https://books.google.pt/books?id=UjcpxFE0T4cC>
- Gräsner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Grunau, B., Scheuermeyer, F., Kawano, T., Helmer, J. S., Gu, B., Haig, S., & Christenson, J. (2019). North American validation of the Bokutoh criteria for withholding professional resuscitation in non-traumatic out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 135, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.01.008>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). *Circular Normativa n.º 3-2019: Aplicabilidade RENTEV – Profissionais INEM*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2024). *Relatório de Atividade do CODU & Meios 2023*. Consultado a 20 de Maio de 2025, em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Relatorio-CODU-e-Meios-2023_-VFF-AprovAss.pdf
- Martins, J. C. A. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. C. Caetano (Orgs.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (p. 179). Editora Rubio.

- Matias, R. F. (2021). *Decisão de não reanimação – Decisão multidisciplinar* [Relatório de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/46217>
- Mentzelopoulos, S. D., Slowther, A.-M., Fritz, Z., Sandroni, C., Xanthos, T., Callaway, C., Perkins, G. D., Newgard, C., Ischaki, E., Greif, R., Kompanje, E., & Bossaert, L. (2018). *Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Medicine*, 44(6), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4ª ed.). Jossey-Bass. <https://download.e-bookshelf.de/download/0003/7195/84/L-G-0003719584-0007575839.pdf>
- Oliveira, A. S. S. (2011). *Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Experiências – uma abordagem fenomenológica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24242&codigo=463
- Oliveira, M. M. C. S. (2022). *Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* [Relatório de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/4f2bd59f-3203-4878-84cd-ff61906cb3de>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar (Regulamento n.º 226/2018)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74, 10758–10764. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359–19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros (2024). *Abstenção ou cessação de manobras de reanimação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34382/p42-2024_absten%C3%A7%C3%A3o-ou-cessa%C3%A7%C3%A3o-de-manobras-de-reanima%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2021). *Serviços SIV Açores*. Obtido em 25 de Maio de 2025 de <https://www.azores.gov.pt/>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Olasveengen, T. M., Paal, P., Paiva, E. F., Perkins, G. D., Nolan, J. P., & the Ethics Working Group of the European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 161, 408–432. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
- Soares, D. (2004). Fim de vida: Limitação do esforço terapêutico. *Nursing*, 189, 16-18.
- Sousa, M. (2019). *Determinação do intervalo postmortem: ficção ou realidade* [Dissertação de mestrado, U. do Porto, Repositório Aberto da U. do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/122184/2/350486.pdf>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications. <https://doi.org/10.1177/107554708100300106>
- Yazan, B. (2016). Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake (Trad. I. C. O. de Vasconcelos). *Revista Meta: Avaliação*, 8(22), 149–182. <https://doi.org/10.22347/2175-2753v8i22.1038>
- Yin, R. K. (1981). The case study as a serious research strategy. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 3(1), 97–114. <https://doi.org/10.1177/107554708100300106>