

## DECISÃO DE NÃO REANIMAR (DNR) EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Débora Côrtes Costa<sup>1</sup>, João Alfredo Pinheiro de Souza<sup>2</sup>,  
Michelle de Souza Silva<sup>3</sup>, Ellen Késia Souza da Silva<sup>4</sup>,  
Mariana Cristina dos Santos Souza<sup>5</sup>

**Resumo:** Introdução: Os cuidados paliativos constituem uma abordagem voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a vida, bem como de seus familiares, por meio do alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. Nesse cenário, a Decisão de Não Reanimar (DNR) se destaca como uma conduta centrada na autonomia e nos valores do paciente, especialmente diante da terminalidade da vida. Objetivo: Analisar, na literatura científica, como a Decisão de Não Reanimar é abordada dentro do cenário de cuidados paliativos. Método: Revisão integrativa realizada em 10 bases e biblioteca de dados com a seguinte pergunta norteadora: “Os pacientes em Cuidados Paliativos, ao sofrerem uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), têm o seu direito a não reanimação preservado?” Resultados: Foram identificados 265 artigos e, após etapas de triagem e elegibilidade, foram utilizados 13 artigos para a pesquisa. Os artigos foram divididos em quatro eixos temáticos: Ausência de protocolos padronizados; Falta de preparo dos profissionais; Dilema ético e Comunicação ineficaz. Conclusão: Os resultados apontam que a Decisão de Não Reanimar ainda enfrenta desafios significativos na prática clínica, especialmente pela ausência de normativas específicas, falhas de comunicação e despreparo das equipes de saúde. Essas limitações comprometem a efetividade da decisão, dificultam a garantia de uma morte digna e evidenciam a necessidade urgente de protocolos padronizados e capacitação profissional, sobretudo no contexto dos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; parada cardíaca; ordens quanto à conduta.

---

1 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

2 Enfermeiro, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

5 Enfermeira e professora, Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília – UnB. Docente do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

# DECISION NOT TO RESUSCITATE (DNR) PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Abstract:** Introduction: Palliative care is an approach aimed at promoting the quality of life for patients with life-threatening illnesses, as well as their families, by alleviating physical, psychological, social, and spiritual suffering. In this context, the Do-Not-Resuscitate (DNR) order stands out as a practice centered on patient autonomy and values, especially in end-of-life care. Objective: To analyze, within the scientific literature, the intersection between Do-Not-Resuscitate (DNR) orders and palliative care. Method: An integrative review was conducted across 10 databases and libraries, guided by the following research question: "Are the rights of palliative care patients to non-resuscitation preserved when they experience a Cardiorespiratory Arrest (CRA)?" Results: A total of 265 articles were identified, and after screening and eligibility stages, 13 articles were selected for the study. The articles were categorized into four thematic axes: Lack of standardized protocols; Unpreparedness of healthcare professionals; Ethical dilemmas; and Ineffective communication. Conclusion: The findings indicate that Do-Not-Resuscitate (DNR) orders still face significant challenges in clinical practice, particularly due to the absence of specific guidelines, communication failures, and unprepared healthcare teams. These limitations undermine the effectiveness of the decision, hinder the assurance of a dignified death, and highlight the urgent need for standardized protocols and professional training, especially in the context of palliative care.

**Keywords:** palliative care; cardiac arrest; do not resuscitate.

## 1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos podem ser definidos como uma abordagem multidisciplinar que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves, crônicas ou experienciam a finitude da vida. Essa forma de cuidar prioriza o alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual, diferente do modelo curativo tradicional, assegurando, dessa forma, a dignidade e conforto, mesmo em estágios avançados de enfermidade (ANCP, 2012). Em resumo, esta é uma forma de estabelecer o maior conforto, permitir a autonomia na medida do possível e uma condição de vida mais cômoda, mesmo diante dos desafios naturais da doença.

Nesse cenário, promover a qualidade de vida pode ser entendida como a preservação da integridade do ser humano e a forma em que o processo de adoecimento é vivido até os últimos momentos de sua vida. Dentro da qualidade de vida, deve-se levar em consideração os desejos do paciente acerca de seus últimos momentos, a fim de preservar sua autonomia na hora de sua morte. Neste sentido, a boa morte pode ser aquela em que o conforto do paciente e o apoio familiar são levados em consideração e todos os esforços são focados no paciente e em suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Essa perspectiva reforça que o cuidado não deve ser focado apenas no alívio das dores e na doença, mas no indivíduo em sua totalidade, oferecendo escuta e

acolhimento de seus sentimentos, respeitando sua autonomia e desejos (Fields, 2007).

A Decisão de Não Reanimar (DNR) representa uma conduta importante diante dos cuidados de fim de vida, conservando o direito à autonomia do paciente em situações de doença em estágio avançado (Kobo *et al.*, 2023). Este documento formaliza a decisão de não submeter o indivíduo a manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) em situações de parada cardiorrespiratória, garantindo que sua vontade seja respeitada no fim de vida (Walkey *et al.*, 2018). Excedendo à diretiva médica, a DNR demonstra um cuidado com foco na integralidade da pessoa, no qual prevalece sua dignidade, valores pessoais e o direito a uma boa morte, evitando intervenções desnecessárias.

Optar por uma DNR exige diálogo claro e assertivo com o paciente e seus familiares, assegurando que seja tomada de maneira informada e respeitosa. A comunicação assume um papel fundamental nesse processo, garantindo não apenas o cumprimento de aspectos legais e éticos, mas também o respeito à autodeterminação do paciente (Mayor, 2012). Dessa forma, a DNR surge como um tema de elevada complexidade e alvo de intensas discussões e reflexões, dado a delicadeza implícita no contexto desta decisão, envolta em diversos desafios, permeada por questões éticas, legais, familiares e sentimentais.

Apesar da ausência de lei específica, a prática da DNR, no Brasil, é amparada por dispositivos legais - como a Resolução CFM nº 1.805/2006 e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde - que, mesmo não sendo aprovados legalmente, são utilizados na prática (Eidt; Brunero; Bonamigo, 2017). Esta conduta ainda carece de respaldo legal, resultando em ausência de protocolos e a falta de padronização das práticas relacionadas à decisão, fazendo prevalecer o julgamento ético e moral dos profissionais envolvidos, podendo afetar diretamente o bem-estar do indivíduo (CFM, 2006; Trigueiro *et al.*, 2010).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar, na literatura científica, como a Decisão de Não Reanimar é abordada dentro do cenário de cuidados paliativos.

## 2 MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. A Revisão Integrativa (RI) visa sistematizar conhecimentos a partir de estudos empíricos e teóricos. É uma metodologia que permite uma análise mais extensa acerca de um tópico específico (Souza, Silva, Carvalho, 2010). Essa abordagem considera as diferentes perspectivas epistemológicas dos estudos em análise, permitindo uma compreensão mais aprofundada do tema investigado. A RI pode ser dividida em três formatações de estudo: a metodológica, teórica e a empírica. A abordagem metodológica envolve a análise crítica dos procedimentos e delineamentos metodológicos adotados nos estudos revisados; na teórica, há o

direcionamento a comparação e discussão das teorias e os conceitos principais envolvidos na temática, já a empírica se concentra na síntese e interpretação das evidências que procedem de pesquisas qualitativas e/ou quantitativas desenvolvidas no estudo em pauta (Mendes, Silveira, Galvão, 2008). Para a presente revisão, optou-se pela RI metodológica.

Para elaboração da questão norteadora, adotou-se o acrônimo PCC, formado por P (*Population/População*) = Pacientes em Cuidados Paliativos sem tratamento curativo; C (*Concept/ Conceito*) = Não reanimação e; C (*Context/ Contexto*) = Parada Cardiorrespiratória

Essa estratégia é útil à medida em que permite que seja possível construir questões de múltiplos temas visando a construção de uma pesquisa e, dentro da PBE (Práticas Baseadas em Evidências), esses elementos tornam-se imprescindíveis para garantir a pergunta que guia a busca bibliográfica da pesquisa (Santos, Pimenta, Nobre, 2007).

Desta forma, a pergunta norteadora da presente revisão consistiu em: Diante das possíveis implicações clínicas, éticas e legais, os pacientes em cuidados paliativos que optam pela Decisão de Não Reanimar têm seu direito devidamente assegurado?

Para os critérios de inclusão, foram utilizados artigos que abordavam os temas de DNR e Cuidados Paliativos. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, revisões de literatura, artigos de reflexão e artigos que abordassem DNR em crianças. A fim de expandir a busca, não foram utilizados filtros como tempo de publicação e idioma.

A busca foi realizada em 6 de março de 2025, por meio da coleta de dados nas seguintes bibliotecas e bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), *Worldwide Population Medical Information* (WPRIM), via Biblioteca Virtual de Saúde e; *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), SCOPUS, *Science Direct*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane Library* (COCHRANE) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via própria base de dados.

Para sistematizar a busca, foram elencados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “cuidados paliativos”, “parada cardíaca” e “ordens quanto a conduta”. A descrição da estratégia de busca utilizada para o levantamento dos artigos se encontra descrita no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição da estratégia de busca implementada em cada base de dados. Brasília, DF, Brasil, 2025.

Bases	Estratégia de Busca
LILACS, WPRIM, IBECs e SciELO	((Cuidados Paliativos OR Palliative care) AND (Parada Cardíaca OR Heart Arrest OR Paro Cardíaco) AND (Ordens quanto a conduta OR Resuscitation Orders OR Órdenes de Resucitación))
MEDLINE, SCOPUS, Web of Science, Science Direct, COCHRANE e CINAHL	"Palliative care" AND "Heart Arrest" AND "Resuscitation Orders"

Fonte: Elaborado pelos autores.

O Rayyan foi utilizado como ferramenta facilitadora na realização da presente revisão. Esse é especialmente desenvolvido para auxiliar pesquisadores na realização de revisões sistemáticas e integrativas, contribuindo no processo de seleção e análise de estudos (Ouzzani *et al.*, 2016). O funcionamento do Rayyan ocorre em etapas, sendo elas: (1) Importação de referências de bases de dados (2) Triagem por meio de filtros como título, resumo, palavras-chave e marcação por critérios de inclusão/exclusão; e (3) Análise colaborativa, permitindo que vários revisores analisem estudos de forma independente, com resolução de conflitos integrada.

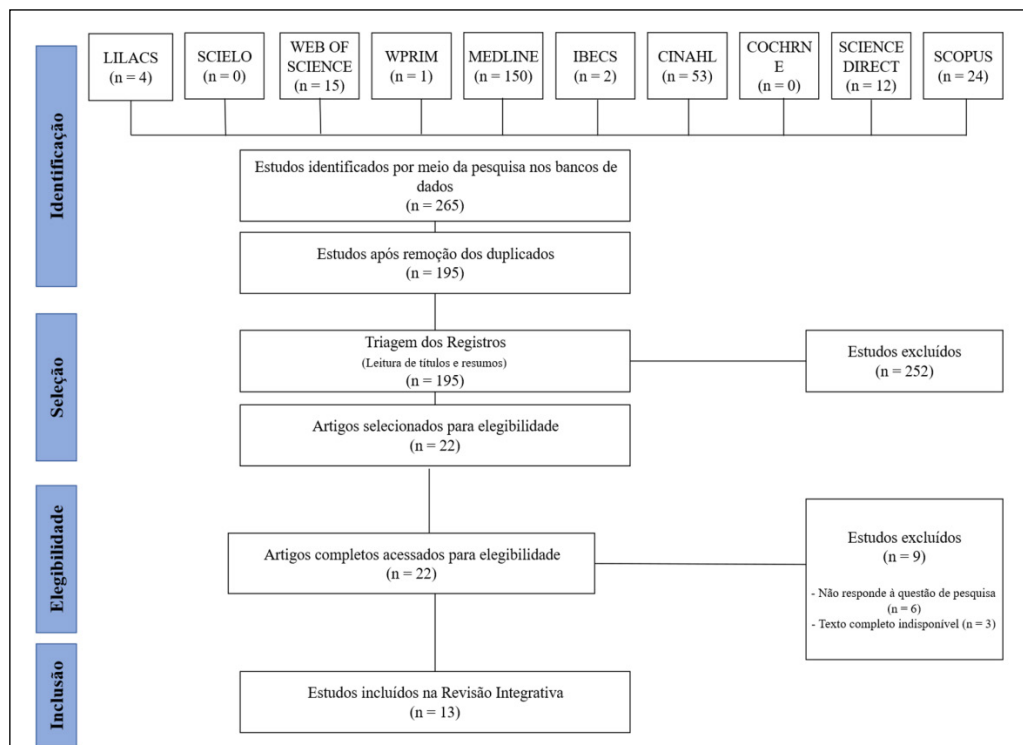
As referências obtidas nas bases de dados foram importadas para a plataforma, onde se procedeu a remoção automática de duplicatas. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, com base nos critérios estabelecidos, utilizando os recursos de marcação e filtros da ferramenta.

A coleta das informações obtidas nos estudos foi norteada com base em um instrumento estruturado de coleta de dados elaborado pelos autores, tendo sua organização sistematizada por meio de uma planilha no Microsoft Office Excel 365®. As variáveis consideradas abrangeram: autores; título do artigo; periódico; ano de publicação; cidade/estado; objetivo; abordagem metodológica; patologia e principais resultados. Após o preenchimento da planilha, realizou-se a conferência para assegurar a consistência das informações. Em seguida, os dados foram revisados e expostos de forma descritiva, servindo como fundamento para análise e discussão dos resultados obtidos.

### 3 RESULTADOS

Foram localizados 265 artigos. Destes, 70 encontravam-se duplicados. Após leitura primária, foram selecionados 22 para leitura na íntegra, dos quais, em nova triagem, mantiveram-se 13 para este estudo, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos artigos na revisão integrativa. Brasília, DF, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborada pelos autores, baseada no *Guideline PRISMA* (Moher, 2009).

Dentre os 13 estudos selecionados, todos foram publicados na língua inglesa; sete (53,84) foram realizados nos Estados Unidos da América, dois (15,38%) foram realizados no Canadá, dois no Reino Unido (15,38%), um (7,7%) na Alemanha, um (7,7%) na Austrália. Os dados sobre o estudo estão disponibilizados no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização dos artigos que compõem a amostra da Revisão Integrativa (n=13). Brasília, DF, Brasil, 2025.

<b>Autores e ano</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Periódico</b>	<b>Idioma</b>	<b>País</b>
Kobo <i>et al.</i> , 2023.	<i>Palliative Care Use in Patients With Acute Myocardial Infarction and Do-Not-Resuscitate Status From a Nationwide Inpatient Cohort.</i>	Mayo Clinic Proceedings	Inglês	EUA
Trussler <i>et al.</i> , 2019.	<i>Deactivation of implantable Cardioverter Defibrillator in Patients with Terminal Diagnoses</i>	The American Journal of Cardiology	Inglês	Canadá
Walkey <i>et al.</i> , 2018.	<i>Hospital Variation in Utilization of Life-Sustaining Treatments among Patients with do Not Resuscitate Orders</i>	Health Services Research.	Inglês	EUA
Scott <i>et al.</i> , 2018.	<i>Palliative Surgery in the Do-Not-Resuscitate Patient: Ethics and Practical Suggestions for Management.</i>	Anesthesiology Clinics	Inglês	EUA
Westerdahl <i>et al.</i> , 2015.	<i>Defibrillator patients should not be denied a peaceful death</i>	International Journal of Cardiology	Inglês	Reino Unido
Brown; Ruberu; Thompson, 2014.	<i>Inadequate resuscitation documentation in older patients'</i>	Internal Medicine Journal	Inglês	Austrália
Wiese <i>et al.</i> , 2009.	<i>Prehospital emergency treatment of palliative care patients with cardiac arrest: a retrolective investigation</i>	Support Care Cancer	Inglês	Alemanha
Grudzen <i>et al.</i> , 2009.	<i>Potential impact of a verbal prehospital DNR policy.</i>	Prehospital Emergency Care	Inglês	EUA
Fields, 2007	<i>DNR does not mean no care.</i>	Journal of Neuroscience Nursing	Inglês	EUA
Lewis <i>et al.</i> , 2006.	<i>Withdrawing Implantable defibrillator shock therapy in terminally ill patients</i>	The American Journal Of Medicine	Inglês	EUA
Diamond, 2004.	<i>Not for resuscitation instructions: the law for adult patients in the UK</i>	Br J Nurs	Inglês	Reino Unido
Becker <i>et al.</i> , 2003.	<i>Resuscitation of residents with do not resuscitate orders in long-term care facilities</i>	Prehospital Emergency Care	Inglês	EUA
Guru; Verbeek; Morrison, 1999.	<i>Response of paramedics to terminally ill patients with cardiac arrest: an ethical dilemma</i>	Canadian Medical Association Journal	Inglês	Canadá

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre os treze artigos selecionados, sete (53,84%) foram estudos quantitativos. Destacaram os desafios éticos e práticos da Decisão de Não Reanimar nos Cuidados Paliativos: como a falta de protocolos consistentes sobre a conduta, a dificuldade em preservar a autonomia do paciente frente as decisões e inseguranças dos profissionais, e a falha na comunicação, inclusive dos familiares. Os dados sobre o estudo estão disponibilizados no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos aspectos relevantes nos estudos selecionados para Revisão Integrativa (n=13). Brasília, DF, Brasil, 2025.

Autores e ano	Objetivo	Abordagem metodológica	Principais resultados
Kobo <i>et al.</i> , 2023.	Examinar os preditores, tratamentos e resultados do uso de cuidados paliativos em pacientes hospitalizados IAM que tiveram DNR.	Estudo Quantitativo	Apenas um terço dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) e ordem de não reanimação (DNR) receberam cuidados paliativos. Pacientes menos propensos a receber esses cuidados eram mulheres e aqueles com fatores de risco cardiovasculares, enquanto aqueles com comorbidades como insuficiência cardíaca ou câncer eram mais propensos.
Trussler <i>et al.</i> , 2019.	Tem como objetivo investigar como a desativação do dispositivo em pacientes com doenças terminais está acontecendo em hospitais de atendimento terciário	Estudo retrospectivo	Analisou a desativação de cardiodesfibriladores implantáveis (CDIs) em 49 pacientes com doenças terminais que faleceram entre 2015 e 2018. Descobriu-se que apenas 32,7% dos pacientes tiveram seus CDIs desativados como parte de seus cuidados de fim de vida e 20,4% receberam choques no último mês de vida.
Walkey <i>et al.</i> , 2018.	Determinar a variação entre hospitais nas intervenções fornecidas a pacientes com ordens de não ressuscitar (DNR).	Estudo Quantitativo	Pacientes com DNR em hospitais onde o DNR é mais comum recebem menos ventilação mecânica/ hemodiálise e mais cuidados paliativos. Pacientes sem DNR são tratados da mesma maneira em todos os hospitais.
Scott <i>et al.</i> , 2018.	Explicar de forma mais clara os problemas complexos que surgem quando pacientes que não querem ser reanimados (DNR) precisam passar por uma cirurgia.	Estudo de caso	Complexidades das ordens DNR em cirurgia paliativa exigem diálogo focado nos objetivos do paciente.
Westerdahl <i>et al.</i> , 2015.	Investigar o fim de vida em pacientes com CDI, com relação ao local da morte; duração entre DNR e a desativação da terapia.	Análise Descritiva	Grande parte de pacientes com CDI e a DNR continuaram com a decisão de tratamento de choque na hora da morte, expondo pacientes a um grande risco de choques dolorosos antes da morte.
Brown; Ruberu; Thompson, 2014.	Investigar a frequência e a clareza da documentação de decisões sobre ressuscitação em prontuários de pacientes idosos, tanto na admissão atual quanto em internações anteriores nos últimos 5 anos.	Estudo de Caso.	O estudo analisou a documentação de decisões de ressuscitação em prontuários de 99 pacientes idosos, revelando que apenas 34 tinham documentação atual, que frequentemente era inconsistente e ambígua. Isso deixaria os pacientes em risco de receber ressuscitação inadequada ou indesejada.
Wiese <i>et al.</i> , 2009.	Investigar o tratamento pré-hospitalar de pacientes de cuidados paliativos que sofreram parada cardíaca, pelas equipes médicas de emergência (EMTs).	Estudo retrospectivo	Apesar de uma taxa razoável de disponibilidade de DNR, a ressuscitação foi frequentemente iniciada em pacientes de cuidados paliativos com parada cardíaca, independentemente da existência dessas diretivas. Além disso, a sobrevivência após a Ressuscitação foi baixa e de curta duração. O estudo também destaca a falta de ordens de DNR e a potencial falta de conhecimento ou insegurança da equipe multiprofissional em relação às vontades dos pacientes no final da vida.



<b>Autores e ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Principais resultados</b>
Grudzen <i>et al.</i> , 2009.	Determinar a prevalência de formulários escritos de Parada Cardíaca Pré-Hospitalar, a taxa de ressuscitação, o local da parada cardíaca e a disponibilidade de um membro da família antes da implementação da nova política no Condado de Los Angeles.	Estudo Retrospectivo	Os formulários de DNR escritos são raramente usados no atendimento pré-hospitalar em Los Angeles.
Fields, 2007.	Discutir a inadequação do cuidado de fim de vida demonstrada no caso de uma paciente que tinha DNR mas o hospital não tinha protocolos para cuidados paliativos.	Estudo quanti-qualitativo	Inadequação do cuidado e ausência de protocolos de fim de vida, papel da enfermagem, mudança na cultura hospitalar.
Lewis <i>et al.</i> , 2006.	Revisar uma estratégia multidisciplinar utilizada para identificar pacientes com doenças terminais e iniciar a desativação da terapia de choque do cardioversor desfibrilador implantável (CDI) como parte de cuidados de conforto.	Estudo quanti-qualitativo	Os pacientes que tiveram a terapia desativada (Grupo 1) morreram de causas mais crônicas e receberam menos choques perto da morte em comparação com aqueles que não tiveram a terapia desativada (Grupo 2), que frequentemente morreram de forma mais aguda ou inesperada.
Diamond, 2004.	Fornecer uma compreensão clara do quadro legal que rege as decisões de não ressuscitar no Reino Unido, a fim de garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados e que as decisões sejam tomadas de forma ética e legalmente sólida.	Estudo de caso	Traz que a clareza e o respeito pelos princípios legais são cruciais nas DNR, enfatizando os direitos dos pacientes capazes de recusar tratamento e a necessidade de decisões no melhor interesse para pacientes incapazes, ao mesmo tempo que orienta os profissionais de saúde sobre os seus deveres e responsabilidades legais, considerando o contexto do Reino Unido.
Becker <i>et al.</i> , 2003.	Avaliar a magnitude do uso de Serviço Médico de Emergência para parada cardíaca em instalações de cuidados de longo prazo para residentes com ordens de DNR e determinar os motivos pelos quais o EMS é chamado.	Estudo Retrospectivo	Das 392 paradas cardíacas em instalações de cuidados de longo prazo às quais o EMS respondeu, 139 (35%) dos residentes tinham ordens de DNR. Destes 139, 29 (21%) receberam tentativa de ressuscitação por EMS. O problema pareceu ser maior entre casas de repouso e lares de famílias adultas do que em centros de vida assistida. Entre as casas de repouso, o principal motivo para uma chamada de EMS foi a preocupação com a validade da ordem de DNR, enquanto entre os lares de famílias adultas, a principal preocupação foi a autoridade médica apropriada para declarar a morte.
Guru; Verbeek; Morrison, 1999	Documentar e analisar as respostas dos paramédicos a emergências médicas de parada cardíaca, com um foco na influência da presença ou ausência de uma DNR.	Estudo Quantitativo	O artigo traz a inconsistência no seguimento dos pedidos de DNR por alguns níveis de paramédicos, e destacam os desafios éticos e práticos enfrentados por eles ao lidar com paradas cardíacas em pacientes terminais, especialmente em relação ao respeito pelos desejos dos pacientes de limitar os esforços de reanimação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a leitura dos artigos, estes foram agrupados em quatro classes temáticas, que foram discutidas em profundidade: ausência de protocolos padronizados, falta de preparo dos profissionais, dilema ético e comunicação eficaz.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Ausência de protocolos padronizados

Considerando a análise detalhada dos treze artigos previamente selecionados nas bases de dados para a revisão em questão, observou-se que não existe um protocolo único e padronizado para o manejo de uma DNR, o que influencia negativamente na abordagem e tomada de decisão da equipe multiprofissional, podendo acarretar consequências, como erros e o não cumprimento do desejo expresso pelo paciente, cenário também corroborado pelo Conselho Federal de Medicina (2006) na sua Resolução nº 1.805/2006. Essa resolução aponta que, atualmente, no Brasil, a Diretiva Antecipada de Vontade é garantida unicamente por meio do prontuário do paciente. Essa realidade pode contribuir para condutas inadequadas por parte dos profissionais, além de não assegurar que a vontade do paciente seja respeitada, especialmente quando a equipe não possui o conhecimento necessário sobre o tema para conduzir a situação (CFM, 2006).

Contribuindo com as informações e reforçando que a falta de protocolo não se limita exclusivamente ao Brasil, os dados analisados revelam um problema alarmante que tangencia inclusive outros países, como os Estados Unidos da América. Mesmo em cenários considerados ideais – como a presença de familiares ou cuidadores em 52% dos casos de uma pesquisa feita em Los Angeles – a ausência de protocolos eficientes resulta na violação das diretivas de não reanimar (Grudzen *et al.*, 2009). Esse estudo reitera, então, a necessidade de protocolos claros, principalmente quando revela que as ordens de DNR escritas são pouco utilizadas no ambiente pré-hospitalar como justificativa para não realização da reanimação, onde 6% dos pacientes com PCR tinham ordens ativas de DNR, mas raramente estavam disponíveis para as equipes de emergência, fazendo o paciente passar por uma reanimação indesejada.

Essa realidade expõe falhas estruturais no sistema de saúde mundial, que vão além da simples presença de acompanhantes ou documentação contida no prontuário. Esse padrão é consideravelmente crítico em paradas cardíacas domiciliares (55% do total relativo à pesquisa), onde a ausência de acessibilidade aos documentos formais, como observado nos 10 casos de RCP indevida, sugere a implementação de sistemas digitais integrados. Ademais, a alta taxa de não observância das diretivas (18% de DNRs ignoradas) demonstra que a simples existência delas não é suficiente, sendo necessário estruturar

processos que garantam seu cumprimento, como capacitação de profissionais (Grudzen *et al.*, 2009).

Outro padrão similar identificado foi na Austrália, no qual é afirmado que há uma ausência de protocolos e políticas consistentes que visem a documentação ou comunicação sobre as condutas de reanimação. O estudo foi realizado durante 7 semanas, para analisar a qualidade das documentações de DNR em prontuários de 99 pacientes e revelou que apenas 34 possuíam ordens de ressuscitação atualizadas registradas nas primeiras 48 horas de internação, e ainda assim, frequentemente inconsistentes. Além disso, dos 34 casos documentados, 26 tiveram discussão prévia com a família e os outros 8 registrados sem discussão (Brown, Ruberu; Thompson 2014).

Esses dados revelam que a falta de política para regulamentar um protocolo impacta diretamente em uma falha sistêmica, onde a falta de padronização de condutas compromete a continuidade do cuidado, comprometendo os desejos finais do paciente.

#### **4.2 Falta de preparo profissional**

A falta de preparo adequado por parte dos profissionais pode gerar erros graves, desrespeitando tanto o paciente quanto seus familiares, mesmo quando há suporte da equipe de cuidados paliativos e discussões documentadas sobre metas de cuidado. Estudo aborda este tema em dois contextos: pacientes com CDI (Cardioversor-Desfibrilador Implantável) e/ou diagnósticos terminais. A demora na desativação do CDI's, que ocorreu apenas sete dias após a emissão da Ordem de Não Reanimar, evidencia a lentidão na implementação de decisões previamente acordadas entre a equipe e o paciente (Trussler, *et al.*, 2019).

Essa problemática é reafirmada por outro estudo que revela a realidade da falta de preparo profissional na prática clínica (Fields, 2007). Este abordado acerca da assistência a pacientes em cuidados paliativos, que é constantemente comprometida pela inabilidade da equipe de profissionais em lidar com uma DNR, conforme ilustrado em uma situação vivenciada por uma enfermeira, em que houve negligência do cuidado ofertado. Essa situação de desrespeito à autonomia do paciente destaca a responsabilidade dos enfermeiros e demais profissionais, demonstrando que é necessário que os profissionais sejam proativos e busquem capacitação contínua.

Corroborando as vivências clínicas e a necessidade de aprimoramento dos profissionais, outra evidência também aponta para essa deficiência (Wiese *et al.*, 2009). Realizou-se uma investigação de dois anos em Berlim acerca de uma abordagem estratégica de atendimento de equipes médicas de emergência em pacientes em cuidados paliativos em PCR em contexto pré-hospitalar. Demonstrou-se que, embora 43% dos pacientes em cuidados paliativos tivessem diretivas antecipadas para a não ressuscitação, a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) foi iniciada em 78% dos casos, independentemente de documentação

existente. Somado a isso, apenas 11% obtiveram Retorno da Circulação Espontânea (RCE), sem sobreviventes após 48h. Esses dados revelam uma lacuna na capacitação dos profissionais para o manejo adequado em situações de fim de vida, resultando na violação da autonomia do paciente.

Essa reanimação indevida é, por vezes, iniciada por falta de consciência da equipe sobre a vontade dos pacientes ou mesmo insegurança sobre a aplicação ou não da diretiva no caso em questão. Muitos profissionais temem, inclusive consequências legais caso não realizem a RCP, por questão de insegurança e falta de expertise (Wiese *et al.*, 2009).

### 4.3 Dilema ético

O dilema ético transcende o ambiente de longa permanência, manifestando-se também no cenário perioperatório. Pacientes que se submetem a cirurgias e que, previamente, expressaram o desejo de não serem reanimados ou submetidos a outras medidas extremas, trazem um embate ético para a equipe multiprofissional. A questão reside em equilibrar o direito à autonomia do paciente, os princípios éticos da prática médica e o direito fundamental de recusa a qualquer tratamento, inclusive no contexto operatório (Scott *et al.*, 2018). Aqui, o dilema ético se manifesta na necessidade de conciliar a obrigação do profissional em agir para preservar a vida com o dever de respeitar a vontade do paciente sobre seu próprio corpo.

Há também artigo que revela que alguns profissionais não possuem diretrizes claras que conduzem a tomada de decisões quanto ao procedimento em uma situação de DNR em cuidados paliativos (Wiese *et al.*, 2009). Este estudo aborda sobre o contexto de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), cenário que cria um dilema ético significativo, colocando em debate duas situações. De um lado, a conduta profissional e legal de iniciar medidas de reanimação em caso de parada cardíaca, do outro, o dever ético de respeitar a autodeterminação do paciente e suas diretrizes antecipadas de vontade, como a DNR. A ausência de capacitação e protocolos específicos para esses casos complexos coloca os profissionais de APH em uma posição de incerteza, onde a decisão rápida deve equilibrar a possibilidade de salvar uma vida com o respeito à dignidade e aos desejos expressos de um paciente que optou por não ser reanimado. O dilema consiste na dicotomia entre a obrigação de fazer ou não a RCP, dado o contexto de um paciente fragilizado e com escolhas de fim de vida já estabelecidas.

Em contrapartida, e como resposta direta aos dilemas expostos, surge a defesa explícita da autonomia do paciente como um aspecto ético. Promover a independência do paciente, oferecendo-lhe a opção de decidir sobre sua condição e a escolha de ter ou não uma DNR e expressar seus desejos quanto aos tratamentos de suporte de vida antes da perda de suas faculdades mentais (Walkey *et al.*, 2018). Essa perspectiva ética não apenas preserva a dignidade do

paciente nos momentos de maior vulnerabilidade, mas também representa o direito dele de autodeterminação.

Aliviar o sofrimento do paciente é um princípio ético central. Causar dor física com choques advindos dos CDIs, que ocasionam sofrimento psicológico e impactam negativamente a qualidade de vida e sobrevida do enfermo, é eticamente questionável. Consequentemente, desativar a terapia de choque em uma doença irreversível é eticamente positivo, pois previne dor e angústia nos últimos momentos de vida, permitindo ao paciente uma boa morte. Este é um exemplo claro de como a ética da não-maleficência e da beneficência se alinha com a autonomia do paciente (Lewis *et al.*, 2006; Scott *et al.*, 2018; Trussler *et al.*, 2019)

Logo, é indiscutível que a amplitude do dilema ético é ainda maior quando se considera o papel do profissional de saúde, que não se limita ao tratamento físico. Sendo assim, o cuidado centrado no paciente e em seus valores é o que direciona e deve guiar a equipe de saúde. Realizar uma escuta ativa, compreender medos, anseios, preocupações e prioridades é essencial, especialmente quando se trata de cuidados paliativos. Muitos pacientes preferem não ser tratados agressivamente com fármacos ou procedimentos invasivos, priorizando a qualidade de vida (Kobo *et al.*, 2023).

Dessa forma, a abordagem ética reconhece que a melhor intervenção é a que se alinha com os valores e desejos do paciente, garantindo um fim de vida com dignidade e respeito à sua autonomia.

#### **4.4 Comunicação ineficaz**

Os artigos selecionados demonstram que as falhas no processo comunicativo constituem um desafio significativo no que diz respeito ao fim de vida, conforme reiterado por Fields (2007). Particularmente, no que concerne às Ordens de Não Reanimar, observa-se que a inadequada comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares frequentemente resulta em discordância entre as intervenções realizadas e as preferências reais dos pacientes, implicando, por vezes em um sofrimento emocional desnecessário para todos os envolvidos, dado a realização de procedimentos desproporcionais ao caso (Diamond, 2004).

Essa problemática evidencia a necessidade de aprimoramento dos processos comunicativos como elemento fundamental para uma assistência centrada nas necessidades e vontades do paciente em cuidados paliativos. A implementação adequada de diretivas antecipadas de vontade exige, portanto, não apenas a documentação formal das preferências, mas um diálogo claro e assertivo (Scott *et al.*, 2018).

Estudo demonstrou que, mesmo diante de um pedido de DNR, as regulamentações vigentes para a prática de paramédicos não foram devidamente seguidas. Isso sugere uma falha na transmissão de informações,

na comunicação, no entendimento das diretrizes, ou talvez uma dificuldade dos profissionais em aderir a elas em emergências, o que destaca a lacuna entre a intenção do paciente e a ação dos cuidadores (Guru; Verbeek; Morrison, 1999).

Outro estudo abordou um cenário no qual uma paciente expressou verbalmente seu desejo de não ser ressuscitada, mas não formalizou essa decisão por escrito, nem a discutiu com seus familiares, e, por essa razão, houve um conflito entre a filha e os profissionais sobre a condução da situação (Diamond, 2004). Este caso exemplifica como a falta de clareza e formalização das instruções de DNR pode levar a situações desconfortáveis para a família e para os profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de uma comunicação coerente e documentada. O artigo enfatiza então que a clareza das instruções é essencial tanto para proteger os direitos do paciente quanto para proteger a posição da equipe.

Além disso, estudo destaca que o problema de ineficácia na comunicação é observado em outros cenários, como o caso de pacientes em uso de CDIs que, embora desejem não ser ressuscitados, por vezes não têm o desejo da desativação do dispositivo efetivado. A pesquisa sugere que a comunicação sobre a desativação é crucial para evitar dor e ansiedade desnecessárias aos pacientes, o que implica que a comunicação ineficaz pode impedir haja uma morte digna (Westerdahl *et al.*, 2015).

Uma comunicação clara, fundamentada e abrangente é de suma importância para garantir que as decisões sobre o tratamento de suporte de vida, como a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a terapia de choque de cardioversores implantáveis, estejam alinhadas aos desejos, valores e objetivos do paciente. O artigo destaca que discussões prévias e detalhadas com o paciente e familiares na tomada de decisão, além de fornecer segurança, facilitam para que todos estejam em comum acordo. Torna-se importante salientar que, apesar da DNR significar estritamente não receber RCP, pode ser interpretada como uma forma de limitar intervenções mais amplas e invasivas realizadas no paciente; porém, isso exige que a comunicação vá muito além de uma simples conversa, e que, principalmente, aborde os objetivos gerais do cuidado (Walkey *et al.*, 2018)

Contudo, há vários desafios na comunicação aberta entre a equipe multiprofissional e o paciente. Discutir a morte e as limitações presentes no tratamento, especialmente em abordagens não invasivas, é difícil e requer tempo, esforço e capacitação. A falta de habilitação adequado ou de liderança clínica compromete a condução de discussões éticas complexas, agravando o problema. Além disso, a comunicação é prejudicada pela ausência de padronização na documentação, pois mesmo que haja diálogo entre os profissionais, a falta de um plano claramente registrado torna as interpretações ambíguas, gerando implicações práticas significativas (Brown; Ruberu; Thompson, 2014).

Essa ambiguidade é ainda mais crítica quando se trata de decisões como a ordem de não reanimação (DNR), frequentemente adiada devido ao desconforto dos profissionais em abordar temas relacionados ao fim da vida (Trussler *et al.*, 2019). Esse adiamento, porém, pode levar a conflitos e decisões tardias, privando os pacientes da oportunidade de expressar suas vontades. Diante disso, é essencial implementar estratégias que melhorem a comunicação sobre a DNR, incluindo os pacientes no processo de decisão quanto à ordem. Muitos deles hesitam em manifestar suas preferências ou recusar tratamentos que prolonguem a vida por medo de serem mal interpretados – como se estivessem desistindo ou praticando uma forma de autoextermínio (Lewis *et al.*, 2006).

Em suma, a comunicação ineficaz, seja pela ausência de diretrizes claras, pela falta de formalização das vontades do paciente, pela dificuldade dos profissionais em seguir essas diretrizes em situações críticas ou pela complexidade de abordar a finitude, é um fator determinante na qualidade do cuidado prestado no fim da vida. Essa falha resulta em dilemas éticos, conflitos familiares e potenciais sofrimentos desnecessários, reiterando a necessidade urgente de aprimoramento na comunicação em todos os níveis do cuidado paliativo.

#### **4.5 Limitações e pontos fortes do estudo**

As limitações encontradas durante o estudo foram carência de artigos publicados nas bases de pesquisas sobre DNR em pacientes em cuidados paliativos e protocolos que respaldam as condutas e a falta de estudos nacionais sobre o tema abordado.

Como pontos fortes desta revisão de literatura, destaca-se uma análise abrangente sobre a Ordem de Não Ressuscitação para pacientes em cuidados paliativos, evidenciando a importância de prezar pela autonomia do paciente que, em estado de tamanha vulnerabilidade enfrenta diversos dilemas relacionados à dificuldade de preservá-la em seus amplos cenários. A revisão das publicações de 1999 a 2023 em uma vasta pesquisa em bases e biblioteca de dados que possibilitou identificar as principais barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais de saúde.

### **5 CONCLUSÃO**

A Decisão de Não Reanimação (DNR) reflete diferentes perspectivas éticas e práticas na atuação da equipe multiprofissional, sendo ainda um desafio no contexto dos cuidados paliativos. A ausência de protocolos claros, falhas na comunicação e o despreparo dos profissionais dificultam a garantia de uma morte digna.

Apesar da crescente aceitação dos cuidados paliativos, persistem entraves relacionados à falta de normativas específicas e à fragilidade do registro em

prontuário, o que muitas vezes leva à realização de manobras de reanimação não desejadas. A falta de organização de órgãos responsáveis e a ineficácia na aplicação da DNR demonstram o desrespeito à autonomia do paciente, tornando essencial a adoção de medidas que assegurem o cumprimento efetivo dessa decisão, especialmente para pacientes em cuidados paliativos.

Evidencia-se a necessidade urgente de padronização de protocolos baseados em evidências, qualificação das equipes e aprimoramento da comunicação entre profissionais, pacientes e familiares e o aumento de estudos nacionais quanto internacionais sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

BECKER, Linda J. *et al.* Resuscitation of residents with do not resuscitate orders in longterm care facilities, Reino Unido. **Prehosp Emerg Care**, Reino Unido, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-12879377>

BIBLIOTECA COFEN. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre o registro de diretivas antecipadas de vontade do paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 nov. 2006. Seção 1, p. 126. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.

BROWN, Margaret, RUBERU. Ryan, THOMPSON, Campbell Inadequate resuscitation documentation in older patients' clinical cases notes, Adelaide, Austrália. **Internal Medicine Journal**, Austrália, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imj.12328>

EIDT, Viviani *et al.* Ordem de não reanimar sob a perspectiva de pacientes oncológicos e seus familiares, Santa Catarina, Brasil. **O mundo da Saúde, São Paulo**, Brasil, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/ordem\\_pacientes\\_oncologicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/ordem_pacientes_oncologicos.pdf).

DIAMOND, Bridgit. Not for resuscitation instructions: the law for adult patients in the UK, Reino Unido. **Br J Nurs** – Volume 13, Issue 16, pp. 984-6, Reino Unido, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15389142>

FIELDS, Lorraine. DNR does not mean no care, Ohio, Estados Unidos da América. **Journal of Neuroscience Nursing**, Estados Unidos da América, 2007. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-38449088089&doi=10.1097%2f01376517-200710000-00006&partnerID=40&md5=08bfdc553a282c5d2571bec27b3c0c71>



GRUDZEN, Corita R. *et al.* Potential impact of a verbal prehospital DNR policy, Los Angeles, Estados Unidos da América. **Prehospital Emergency Care**, 2009. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-70350678850&doi=10.1080%2f10903120802471923&origin=inward&txGid=4e8fbfc8d298db48fa8e8d78d1348ca>

GURU, Venna *et al.* Response of paramedics to terminally ill patients with cardiac arrest: an ethical dilemma, Canadá. **Canadian Medical Association Journal**, Canadá, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1230786/>

KOBO, Ofer *et al.* Palliative care use in patients with acute myocardial infarction and do not resuscitate status from a nationwide inpatient cohort, Estados Unidos da América. **Mayo Clinic Proceedings**, Estados Unidos da América, 2023. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85141962313&doi=10.1016%2fj.mayocp.2022.08.018&origin=inward&txGid=fc4192bbf456d16515b4e1e794c81f04>

LEWIS, William R. *et al.* Withdrawing implantable defibrillator shock therapy in terminally ill patients, Ohio, Estados Unidos da América. **The American Journal of Medicine**, Estados Unidos da América, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17000222/>

MAYOR, Joana Daniela Lamego Sotto; MAIA, Mário Paulo Canastra Azevedo. Decisão de não reanimar, Porto, Portugal. **Instituto de Ciências Bioquímicas Abel Salazar**, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66086/2/30825.pdf>

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>

OUZZANI, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. *et al.* Rayyan: web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

PICALHO, Antonio Carlos *et al.* Expressões de busca e o uso diferentes de operadores avançados de pesquisa em um mecanismo de busca, Belo Horizonte, Brasil. **Texto Livre Linguagem e Tecnologia**, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tl/a/GbtmKqRhRmyWHHKBxSQTrkG/?lang=pt&format=pdf>

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências, São Paulo, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasil, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt&format=pdf>

SCOTT, Thomas H., GAVRIN, Jonathan R. Palliative surgery in the do not resuscitate patient: ethics and practical suggestions for management, Philadelphia, Estados Unidos da América. **Anesthesiology Clinics**, Estados Unidos da América, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84858123370&doi=10.1016%2fj.anclin.2012.02.001&origin=inward&txGid=32c940d901c3325511633554a693537f>

SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer, São Paulo, Brasil. **Einstein**, Brasil, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; LABRONICI, Liliana Maria; RAIMONDO, Maria Lúcia; PAGANINI, Maria Cristina. Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 770-777, out./dez. 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Paganini-2/publication/277067862\\_Dilemas\\_eticos\\_vividos\\_pelos\\_enfermeiros\\_diante\\_da\\_ordem\\_de\\_nao\\_reanimacao\\_-\\_doi\\_104025ciencuidsaudev9i413824/links/597f74d3a6fdcc1a9acec038/Dilemas-eticos-vividos-pelos-enfermeiros-diante-da-ordem-de-nao-reanimacao-doi\\_104025-ciencuidsaudev9i413824.pdf?\\_sg%5B0%5D=started\\_experiment\\_milestone&origin=journalDetail&rtd=e30%3D](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Paganini-2/publication/277067862_Dilemas_eticos_vividos_pelos_enfermeiros_diante_da_ordem_de_nao_reanimacao_-_doi_104025ciencuidsaudev9i413824/links/597f74d3a6fdcc1a9acec038/Dilemas-eticos-vividos-pelos-enfermeiros-diante-da-ordem-de-nao-reanimacao-doi_104025-ciencuidsaudev9i413824.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&rtd=e30%3D).

TRUSSLER, Alexander *et al.* Deactivation of implantable cardioverter defibrillator in patients with terminal diagnoses, Ontario, Canadá. **The American Journal of Cardiology**, Estados Unidos da América, 2019. Disponível em: [https://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(19\)30774-X/abstract](https://www.ajconline.org/article/S0002-9149(19)30774-X/abstract)

WALKEY, Allan J. *et al.* Hospital variation in utilization of life-sustaining treatments among patients with do not resuscitate orders, Califórnia, Estados Unidos da América. **Health Services Research**, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85010680147&doi=10.1111%2f1475-6773.12651&origin=inward&txGid=beb332a7ed7981a9187090566a8875d7>

WESTERDAHL, Annika Kinch. Defibrillator patients should not be denied a paeceful death, Estocolmo, Suécia. **International Journal of Cardiology**, Holanda, 2015. Disponível em: [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(15\)00037-6/abstract](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(15)00037-6/abstract)

WIESE, Christoph H. R. Prehospital emergency treatment of palliative care patients with cardiac arrest: a retrolective investigation, Alemanha. **Support Care Cancer**, 2009. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-009-0746-8>