DOENTE CRÍTICO
REVISTA CIENTÍFICA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

Vasconcelos P, Carvalho A, Gonçalves D, Sousa M, Teixeira A. Dilemas Éticos na Tomada de Decisão em Paragem Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar: Implicações para os Enfermeiros das Equipas de Suporte Imediato de Vida. *Doente Crítico*. 2027; 2(1). doi: 10.63176/3b5hjf26

REVISÃO NARRATIVA | *NARRATIVE REVIEW* | *RESEÑA NARRATIVA*

DILEMAS ÉTICOS NA TOMADA DE DECISÃO EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EXTRA-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA OS ENFERMEIROS DAS EQUIPAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

ETHICAL DILEMMAS IN DECISION-MAKING IN OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST: IMPLICATIONS FOR NURSES IN IMMEDIATE LIFE SUPPORT

DILEMAS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA: IMPLICACIONES PARA LOS ENFERMEROS DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE VITAL INMEDIATO

Pedro Vasconcelos[*1], Ana Carvalho[2], Diogo Gonçalves[1], Marco Sousa[3], Abílio Teixeira[4]

Afiliações
[1] Instituto Nacional de Emergência Médica, Lisboa, Portugal
[2] Hospital da Luz Arrábida, Porto, Portugal
[3] Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal
[4] Universidade Católica Portuguesa (Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem), Porto, Portugal

Palavras-chave
Paragem Cardiorrespiratória; Ética; Tomada de Decisão; Reanimação Cardiopulmonar; Enfermagem; Suporte Imediato de Vida.

Keywords
Out-of-Hospital Cardiac Arrest; Ethics; Decision-Making; Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing; Immediate Life Support.

Palabras clave
Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria; Ética; Toma de Decisiones; Reanimación Cardiopulmonar; Enfermería; Soporte Vital Inmediato.

Autor Correspondente/*Corresponding Author*[*]: Pedro Vasconcelos
Correio eletrónico: pedro.vasconcelos@inem.pt

Received: 24th september 2026 | **Submissão**: 24 setembro 2026

Accepted: 11th November 2026 | **Aceitação**: 11 novembro 2026

RESUMO

Introdução: A paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar envolve decisões clínicas complexas, frequentemente condicionadas por informação limitada e por desafios éticos relacionados com proporcionalidade terapêutica, autonomia, dignidade e vontade previamente expressa pela pessoa.

Objetivos: Analisar os dilemas éticos associados às decisões de iniciar, manter ou terminar a reanimação cardiopulmonar em contexto extra-hospitalar e discutir as suas implicações para os enfermeiros das equipas de Suporte Imediato de Vida.

Métodos: Revisão narrativa da literatura, com pesquisa nas bases CINAHL, MEDLINE/PubMed e SciELO. Foram incluídos estudos sobre tomada de decisão, dilemas éticos, proporcionalidade terapêutica, decisões de não reanimar e cessação da reanimação. Após seleção, integraram a revisão 21 artigos, complementados por legislação, documentos normativos e orientações profissionais portuguesas.

Resultados: Os principais dilemas relacionam-se com a decisão de iniciar, manter ou suspender a reanimação, a autonomia da pessoa, as Diretivas Antecipadas de Vontade, a dignidade e a presença da família. As regras de *Termination of Resuscitation* podem ser úteis no apoio à tomada de decisão, não substituindo o julgamento clínico. Para os enfermeiros das equipas de Suporte Imediato de Vida, a participação limitada no processo decisório pode gerar tensão entre responsabilidade clínica, princípios éticos e autonomia profissional.

Conclusões: A tomada de decisão na paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar deve integrar evidência clínica, princípios éticos, proporcionalidade e valores da pessoa. Importa avaliar modelos estruturados que reforcem a participação do enfermeiro na decisão, mantendo a articulação com a regulação médica e a segurança dos cuidados.

ABSTRACT

Introduction*: Out-of-hospital cardiac arrest involves complex clinical decisions, often made with limited information and in the presence of ethical challenges related to proportionality of treatment, autonomy, dignity, and the person's previously expressed wishes.*

Objectives: *To analyse the ethical dilemmas associated with decisions to initiate, continue, or terminate cardiopulmonary resuscitation in the out-of-hospital setting and to discuss their implications for nurses working in Immediate Life Support teams.*

Methods: *Narrative literature review based on searches of CINAHL, MEDLINE/PubMed, and SciELO. Studies addressing decision-making, ethical dilemmas, proportionality of treatment, do-not-resuscitate decisions, and termination of resuscitation were included. Following the selection process, 21 articles were included in the review, supplemented by Portuguese legislation, regulatory documents, and professional guidance.*

Results: *The main dilemmas concern decisions to initiate, continue, or terminate resuscitation, patient*

autonomy, advance directives, dignity, and family presence. Termination of Resuscitation rules may be useful in supporting decision-making but do not replace clinical judgement. Among nurses working in Immediate Life Support teams, limited participation in decision-making may generate tension between clinical responsibility, ethical principles, and professional autonomy.

Conclusions: *Decision-making in out-of-hospital cardiac arrest should integrate clinical evidence, ethical principles, proportionality, and the person's values. Structured models that strengthen nurses' participation in decision-making should be evaluated while maintaining coordination with medical regulation and ensuring the safety of care.*

RESUMEN

Introducción: *La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria implica decisiones clínicas complejas, frecuentemente condicionadas por información limitada y por desafíos éticos relacionados con la proporcionalidad terapéutica, la autonomía, la dignidad y la voluntad previamente expresada por la persona.*

Objetivos: *Analizar los dilemas éticos asociados a las decisiones de iniciar, mantener o finalizar la reanimación cardiopulmonar en el ámbito extrahospitalario y discutir sus implicaciones para los enfermeros de los equipos de Soporte Vital Inmediato.*

Métodos: *Revisión narrativa de la literatura, con búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE/PubMed y SciELO. Se incluyeron estudios sobre toma de decisiones, dilemas éticos, proporcionalidad terapéutica, decisiones de no reanimar y finalización de la reanimación. Tras el proceso de selección, se incluyeron 21 artículos, complementados con legislación portuguesa, documentos normativos y orientaciones profesionales.*

Resultados: *Los principales dilemas se relacionan con la decisión de iniciar, mantener o finalizar la reanimación, la autonomía de la persona, las directivas anticipadas de voluntad, la dignidad y la presencia de la familia. Las reglas de Termination of Resuscitation pueden ser útiles como apoyo a la toma de decisiones, sin sustituir el juicio clínico. En los enfermeros de los equipos de Soporte Vital Inmediato, la limitada participación en la toma de decisiones puede generar tensión entre la responsabilidad clínica, los principios éticos y la autonomía profesional.*

Conclusiones: *La toma de decisiones en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria debe integrar la evidencia clínica, los principios éticos, la proporcionalidad y los valores de la persona. Es importante evaluar modelos estructurados que refuercen la participación del enfermero en la toma de decisiones, manteniendo la coordinación con la regulación médica y la seguridad de los cuidados.*

INTRODUÇÃO

A natureza imprevisível e marcadamente tempo-dependente da Paragem Cardiorrespiratória em contexto extra-hospitalar (PCREH) torna-a uma emergência médica de elevada complexidade, exigindo uma intervenção rápida, eficaz e sustentada na melhor evidência disponível(1–3). Sob esta perspetiva, a tomada de decisão clínica revela-se determinante, uma vez que modula significativamente a probabilidade de sobrevivência, o prognóstico neurológico e o estado funcional pós-evento. Simultaneamente, envolve importantes desafios éticos, especialmente no contexto extra-hospitalar, onde as decisões têm de ser tomadas em poucos minutos, perante informação clínica limitada e, muitas vezes, com conhecimento insuficiente acerca dos antecedentes, da vontade previamente expressa pela pessoa e das circunstâncias que rodearam o evento(4–6).

A abordagem à PCREH encontra-se amplamente sistematizada e suportada por algoritmos internacionalmente validados. Contudo, o processo de tomada de decisão associado à reanimação nem sempre é linear, nem se esgota na aplicação de protocolos. Decisões relacionadas com o início, a continuidade ou a suspensão das manobras de reanimação, a eventual existência de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o respeito pela dignidade da pessoa, a presença dos familiares e a comunicação com os mesmos colocam frequentemente os profissionais perante situações de elevada complexidade ética e emocional. Nestes contextos, a decisão exige a ponderação de elementos clínicos, éticos e contextuais, procurando conciliar a melhor evidência disponível com os valores, preferências e circunstâncias individuais da pessoa(7,8).

Em Portugal, a resposta à emergência médica extra-hospitalar encontra-se estruturada em três níveis de diferenciação, incluindo o Suporte Básico de Vida (SBV), assegurado por técnicos de emergência e bombeiros; o Suporte Imediato de Vida (SIV), através de meios diferenciados tripulados por enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar; e o Suporte Avançado de Vida (SAV), assegurado por equipas constituídas por médico e enfermeiro, designadamente através das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER)(9). Na abordagem à PCREH, as equipas SIV dispõem de capacidade para realizar diversas intervenções protocoladas no âmbito do suporte avançado de vida, incluindo a identificação do ritmo cardíaco e a desfibrilhação, a abordagem avançada de via aérea e monitorização de ETCO2, a obtenção de acesso vascular e a administração de fármacos. Contudo, a decisão de não iniciar ou de suspender manobras de reanimação encontra-se condicionada pelo enquadramento organizacional e pela regulação médica, pelo que, na ausência de médico no local, pode ser necessário proceder ao transporte da vítima mantendo manobras de RCP.

Esta realidade assume particular relevância quando a reanimação se prolonga durante o transporte. A realização de RCP numa ambulância em movimento pode comprometer a qualidade das compressões torácicas e aumentar os riscos para os profissionais, sobretudo quando não existe recurso a dispositivos de compressão mecânica(2,3,10–13). Paralelamente, nem todas as PCREH correspondem a acontecimentos súbitos e inesperados, podendo ocorrer no contexto da evolução previsível da doença crónica avançada, em

pessoas com elevada dependência ou marcada deterioração do estado funcional. Nestes casos, a obrigatoriedade de iniciar e manter medidas de reanimação pode suscitar questões relativas ao benefício clínico, à proporcionalidade terapêutica e ao respeito pela vontade da pessoa.

Em Portugal, o reconhecimento do direito à expressão antecipada da vontade foi reforçado pela criação das Diretivas Antecipadas de Vontade e do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (14) . Todavia, a sua aplicação em contexto pré-hospitalar permanece condicionada pelo acesso limitado das equipas a essa informação e pela ainda reduzida utilização destes instrumentos pela população (15). Na ausência de informação válida acerca da vontade previamente expressa e de critérios que permitam inequivocamente reconhecer a inviabilidade da reanimação, as equipas podem ser confrontadas com a necessidade de iniciar e manter RCP, mesmo perante situações em que o benefício clínico seja reduzido ou questionável.

Neste contexto, emerge uma tensão entre diferentes deveres e princípios éticos. Por um lado, a atuação dos profissionais encontra-se condicionada pelos protocolos, pelo enquadramento legal e pela regulação médica. Por outro, os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, dignidade e proporcionalidade terapêutica exigem que as intervenções sejam ponderadas em função do benefício expectável para a pessoa. Os próprios referenciais deontológicos das profissões de saúde salientam o dever de evitar intervenções desproporcionadas ou sem benefício clínico e de preservar a dignidade da pessoa em fim de vida (16,17).

Esta tensão assume particular relevância para os enfermeiros das ambulâncias SIV, que realizam a avaliação clínica no local, executam e monitorizam as intervenções de reanimação, recolhem informação clínica e contextual junto dos familiares e articulam a sua atuação com o médico regulador. Apesar desta diferenciação clínica, o enquadramento atualmente existente limita a sua autonomia em decisões relacionadas com o não início ou a suspensão das manobras de reanimação, mesmo em situações em que a avaliação clínica e contextual possa suscitar dúvidas quanto ao benefício e proporcionalidade da intervenção. Esta realidade pode gerar conflito entre o julgamento clínico do profissional, os princípios éticos orientadores da prática e os limites organizacionais e decisórios existentes, favorecendo o surgimento de dilemas éticos e sofrimento moral. Simultaneamente, levanta a necessidade de refletir sobre modelos de decisão que, preservando a segurança, o enquadramento legal e a necessária articulação interdisciplinar, possam integrar de forma mais efetiva a competência e o julgamento clínico dos enfermeiros SIV.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar a evidência disponível sobre os dilemas éticos associados às decisões de iniciar, manter ou terminar a reanimação cardiopulmonar em contexto extra-hospitalar e discutir as suas implicações para a participação dos enfermeiros das equipas SIV no modelo português de emergência médica.

MÉTODOS

O presente estudo consiste numa revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e interpretativa, tendo como objetivo identificar, analisar e discutir a evidência científica disponível sobre os dilemas éticos

associados à abordagem da paragem cardiorrespiratória em contexto extra-hospitalar (PCREH), com foco nos processos de tomada de decisão clínica e ética dos enfermeiros que integram as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) em Portugal.

A opção por uma revisão narrativa fundamenta-se na natureza multifatorial e contextual da problemática em análise, que envolve dimensões clínicas, éticas, deontológicas, jurídicas e organizacionais. Esta abordagem permite integrar e interpretar diferentes tipologias de evidência, incluindo estudos científicos, recomendações de sociedades científicas, documentos normativos, orientações profissionais e legislação, favorecendo uma compreensão abrangente e contextualizada da temática.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre 15 e 27 de julho de 2026, nas bases de dados CINAHL (via EBSCOhost), MEDLINE (via PubMed) e SciELO. A estratégia de pesquisa combinou termos relacionados com a paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar, a prestação de cuidados pré-hospitalares, os dilemas éticos, a tomada de decisão e as decisões relativas à reanimação cardiopulmonar, através da seguinte expressão de pesquisa: ("*cardiac arrest*" OR "*out-of-hospital cardiac arrest*" OR "*prehospital care*" OR "*emergency medical services*") AND ("*ethical dilemmas*" OR "*ethics*" OR "*nursing*") AND ("*advance directives*" OR "*do not resuscitate*" OR "*termination of resuscitation*").

Foram considerados artigos científicos publicados em português e inglês, com texto integral disponível, privilegiando-se publicações dos cinco anos anteriores à pesquisa, sem excluir trabalhos anteriores considerados relevantes para a fundamentação conceptual, ética ou científica da temática. Foram incluídos estudos que abordassem os processos de tomada de decisão clínica e ética, a proporcionalidade das intervenções, as decisões de não iniciar ou suspender manobras de reanimação, as diretivas antecipadas de vontade e o papel dos profissionais de saúde na abordagem da PCREH. Foram excluídos estudos sem relação direta com o contexto extra-hospitalar, publicações centradas exclusivamente na população pediátrica e trabalhos cuja abordagem não contribuísse diretamente para os objetivos da revisão.

Após a remoção dos resultados duplicados, foram identificados 30 artigos potencialmente relevantes. A seleção decorreu mediante a análise dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos trabalhos considerados elegíveis, tendo sido selecionados 21 artigos para integrar a revisão. A seleção fundamentou-se na pertinência temática, na adequação aos objetivos do estudo e no contributo dos trabalhos para a compreensão das dimensões clínicas, éticas e organizacionais da tomada de decisão em situações de PCREH.

Atendendo à especificidade do contexto português, procedeu-se à consulta de legislação nacional, documentos normativos e orientações profissionais relevantes para o enquadramento da atuação dos enfermeiros das ambulâncias SIV. Esta análise documental incidiu particularmente sobre o exercício profissional e a deontologia em enfermagem, as diretivas antecipadas de vontade, os direitos e a autonomia da pessoa e a organização da resposta de emergência médica pré-hospitalar. A integração destas fontes permitiu contextualizar criticamente a evidência internacional face ao enquadramento jurídico, profissional e organizacional português.

A análise e síntese da literatura seguiram uma abordagem descritiva, narrativa e interpretativa, orientada

para a identificação de convergências, divergências e lacunas na evidência disponível. Os conteúdos foram organizados em eixos temáticos relacionados com as decisões de iniciar, manter ou suspender manobras de reanimação, a aplicação de critérios de *Termination of Resuscitation* (TOR), a proporcionalidade das intervenções, o respeito pela autonomia e vontade previamente expressa pela pessoa, os conflitos éticos e deontológicos e a influência dos fatores clínicos e organizacionais na tomada de decisão.

A síntese procurou articular as recomendações científicas e os princípios éticos com as particularidades da prática clínica em contexto pré-hospitalar, destacando as implicações para a atuação dos enfermeiros das ambulâncias SIV em Portugal. Atendendo à natureza narrativa da revisão, privilegiou-se uma interpretação crítica e contextualizada da literatura, não se pretendendo realizar uma síntese quantitativa dos resultados nem uma avaliação sistemática da certeza global da evidência.

RESULTADOS

A literatura analisada evidencia a natureza multifatorial da tomada de decisão perante a PCREH, envolvendo dimensões clínicas, prognósticas, éticas, relacionais e organizacionais.

A síntese narrativa dos estudos permitiu organizar os principais achados em três eixos: 1) decisão de iniciar, manter ou terminar a reanimação; 2) autonomia da pessoa, Diretivas Antecipadas de Vontade e Decisões de Não Reanimar; e 3) dignidade da pessoa, sofrimento e presença da família. Estes eixos refletem as principais áreas de conflito ético identificadas na literatura e assumem particular relevância para a compreensão da tomada de decisão em contexto pré-hospitalar.

DECIDIR QUANDO INICIAR, MANTER OU TERMINAR A REANIMAÇÃO

A decisão de iniciar, manter ou interromper a reanimação constitui um dos principais dilemas éticos em contexto de emergência(5). Embora as recomendações internacionais de suporte avançado de vida estabeleçam critérios técnicos para orientar a abordagem à pessoa em PCR, a literatura demonstra que estas decisões não resultam exclusivamente da aplicação de algoritmos, exigindo a integração do julgamento clínico, dos princípios éticos e das características específicas de cada situação(7,18). A literatura analisada converge na consideração da reanimação como uma intervenção terapêutica cuja adequação deve ser ponderada em função do benefício expectável, da proporcionalidade da intervenção e do melhor interesse da pessoa.

Neste cenário, as diretrizes de cessação de esforços de reanimação (TOR - *Termination of Resuscitation*) foram desenvolvidas como instrumentos de apoio à tomada de decisão relativamente à continuidade ou suspensão das manobras de reanimação, integrando diferentes parâmetros clínicos e circunstanciais (19–26). Contudo, a sua capacidade discriminativa varia consoante a regra considerada, as características da população e o sistema de emergência pré-hospitalar em que são aplicadas(5,20,21).

A revisão sistemática e meta-análise de Smyth et al. (2024), que incluiu 43 estudos relativos a 29 regras TOR, identificou limitações relevantes quanto à capacidade destes instrumentos para distinguir, com segurança, as pessoas que não sobreviverão daquelas que ainda poderão beneficiar da continuidade da reanimação. A regra Universal *Termination of Resuscitation* (UTOR) apresentou o melhor desempenho global entre as regras avaliadas, com uma especificidade combinada de 0,88 (IC 95%: 0,82–0,94). Todavia, os autores estimaram que, num cenário de sobrevivência de 8%, a sua aplicação poderia resultar na não identificação de aproximadamente um potencial sobrevivente por cada 100 tentativas de reanimação. A evidência disponível foi classificada como de certeza muito baixa, sendo considerada insuficiente para sustentar a implementação generalizada das regras TOR na prática clínica(6).

As European Resuscitation Council Guidelines 2025 – Ethics in Resuscitation reconhecem esta incerteza e admitem a utilização de regras TOR como instrumentos complementares de apoio à decisão em adultos com PCREH, condicionando a sua aplicação à validação local e à consideração dos valores e preferências da pessoa. Reforçam, igualmente, que a decisão de terminar a reanimação deve resultar de uma avaliação holística e multidisciplinar, integrando a duração das manobras, a ausência de causas reversíveis, a resposta ao suporte avançado de vida e as circunstâncias clínicas e éticas individuais(27).

Neste enquadramento, a cessação das manobras de reanimação pode ser considerada perante assistolia persistente após pelo menos 20 minutos de suporte avançado de vida, na ausência de causas reversíveis e desde que não existam outros fatores clínicos que desaconselhem a suspensão das manobras(27).

A implementação de determinadas regras TOR em sistemas de emergência pré-hospitalar tem sido associada à redução dos transportes hospitalares em estudos observacionais, sugerindo potenciais benefícios na utilização dos recursos de emergência. Contudo, estes resultados devem ser interpretados à luz das características dos sistemas estudados, da heterogeneidade das regras utilizadas e da evidência ainda limitada quanto à sua segurança e aplicabilidade generalizada(19,24,28).

Para além dos critérios clínicos objetivos, a literatura analisada evidencia que o processo de tomada de decisão é influenciado por múltiplos fatores, entre os quais a experiência profissional, a perceção de responsabilidade ética, as questões médico-legais, o contexto da ocorrência, a disponibilidade de informação clínica e as expectativas dos familiares(21,27,29). A decisão parece resultar, assim, da articulação entre critérios clínicos objetivos e fatores contextuais e valorativos que dificilmente podem ser integralmente contemplados por protocolos. Os estudos qualitativos aprofundam esta perspetiva, demonstrando que os profissionais procuram equilibrar a possibilidade de sobrevivência, o risco de provocar sofrimento desnecessário, o respeito pelos valores da pessoa e a responsabilidade perante a família e a equipa(4,5,7).

AUTONOMIA DA PESSOA, DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E ORDENS DE NÃO REANIMAR

O princípio da autonomia ocupa um lugar central na tomada de decisão em saúde, pressupondo o respeito pelos valores, preferências e objetivos da pessoa. Em situação de PCR, a impossibilidade de a pessoa

participar diretamente no processo decisório torna a concretização deste princípio particularmente dependente do conhecimento prévio das suas preferências, da existência de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), da nomeação de procurador de cuidados de saúde ou de decisões clínicas previamente documentadas(8).

Contudo, a reduzida existência ou acessibilidade desta informação faz com que as equipas de emergência sejam frequentemente confrontadas com a necessidade de decidir sem conhecimento seguro da vontade previamente expressa pela pessoa, privilegiando, perante a incerteza, a preservação da vida através do início das manobras de reanimação(7,8). A literatura evidencia, porém, que a ausência de informação sobre as preferências da pessoa não pode ser interpretada como ausência de vontade. Deste modo, uma decisão orientada pelo princípio da beneficência pode entrar em conflito com a autonomia quando a intervenção realizada não corresponde àquilo que a pessoa teria previamente desejado ou aceitado. A colisão entre beneficência e autonomia surge, assim, como um dos principais dilemas éticos descritos no contexto da emergência pré-hospitalar, particularmente quando existe informação limitada no momento da ocorrência(7,8) .

Importa distinguir as DAV das Ordens de Não Reanimar (ONR), apesar de ambas se relacionarem com o planeamento e a adequação antecipada dos cuidados. As DAV permitem à pessoa expressar previamente a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que pretende ou não receber caso venha a encontrar-se incapaz de a manifestar autonomamente, enquanto as ONR correspondem a decisões clínicas específicas relativas à não realização de manobras de reanimação em situação de PCR. A literatura salienta que uma decisão de não reanimar se refere especificamente à RCP, não implicando a suspensão de outros tratamentos ou o abandono terapêutico(8).

Apesar desta distinção conceptual, persistem dificuldades na interpretação e operacionalização das decisões de não reanimar. A ausência de procedimentos uniformes e as dificuldades que ainda envolvem a abordagem desta temática entre profissionais, pessoas e famílias reforçam a necessidade de maior clarificação dos processos de decisão e de formação na dimensão ética dos cuidados(30).

No contexto português, apesar da existência de enquadramento legal para as DAV, continuam a verificar-se dificuldades na sua operacionalização, particularmente na emergência pré-hospitalar, onde o acesso rápido à informação permanece limitado(31). Acresce a reduzida adesão da população ao registo de DAV. À data de 30 de junho de 2025, encontravam-se ativos 43886 testamentos vitais, representando uma proporção reduzida face à população portuguesa(15) .

A autonomia não deve, contudo, ser considerada isoladamente, devendo ser articulada com os princípios da beneficência, não maleficência e proporcionalidade terapêutica. A literatura aponta, neste sentido, para a necessidade de modelos de decisão ética que integrem estes princípios de forma equilibrada e permitam sustentar decisões individualizadas e centradas na pessoa(32) . A autonomia constitui, assim, um dos princípios mais valorizados, mas também um dos mais difíceis de concretizar perante a PCREH. A reduzida existência de DAV e ONR acessíveis às equipas, associada às limitações inerentes ao contexto de emergência,

condiciona o processo decisório e reforça a importância do planeamento antecipado de cuidados, da comunicação e da formação ética dos profissionais.

DIGNIDADE DA PESSOA, SOFRIMENTO E PRESENÇA DA FAMÍLIA

A qualidade dos cuidados prestados durante uma PCREH não pode ser avaliada exclusivamente através de indicadores de sobrevivência, embora a recuperação da circulação espontânea constitua um objetivo prioritário da intervenção(5,27). A literatura analisada identifica igualmente a preservação da dignidade da pessoa e a atenção ao sofrimento dos familiares como componentes relevantes de uma prática eticamente adequada e centrada na pessoa.

A preservação da dignidade assume particular importância perante a situação de extrema vulnerabilidade associada à PCR, na qual a pessoa se encontra impossibilitada de participar nas decisões, expressar as suas preferências ou proteger a sua privacidade. Esta dimensão assume igualmente relevância em pessoas com doença crónica avançada ou diferentes graus de dependência funcional, sem que tais características determinem, isoladamente, a adequação ou inadequação das intervenções de reanimação. A dignidade constitui um valor inerente à pessoa, independentemente da sua condição clínica ou funcional, exigindo que as decisões sejam individualizadas e fundamentadas no benefício clínico expectável, na proporcionalidade da intervenção e no respeito pela sua autonomia e preferências(27,33) .

Em contexto pré-hospitalar, a reanimação ocorre frequentemente no domicílio ou em espaços públicos, obrigando os profissionais a conciliar a rapidez e eficácia da intervenção com a proteção da privacidade e dignidade da pessoa(7,32,34). Os estudos sugerem que a preservação da dignidade não depende apenas da decisão de iniciar ou manter a reanimação, mas também da forma como os profissionais organizam e desenvolvem a intervenção. Neste âmbito, Bruun et al.(7) descrevem o conceito de *sheltered space*, entendido como a criação, mesmo em contextos marcados pela urgência e imprevisibilidade, de um ambiente de proteção que permita preservar a dignidade da pessoa e proporcionar maior segurança emocional aos familiares.

A família assume igualmente uma dimensão relevante neste processo. Para além do impacto emocional decorrente da PCREH, os familiares podem constituir uma importante fonte de informação relativamente aos antecedentes clínicos, estado funcional prévio, existência de DAV e valores ou preferências anteriormente expressas pela pessoa, contribuindo para uma tomada de decisão mais informada(7,8,27,35). A sua presença durante as manobras de RCP pode também influenciar a perceção da proporcionalidade da intervenção, da dignidade da pessoa e da aceitabilidade de uma eventual suspensão das manobras(5).

Neste contexto, a literatura evidencia um papel relevante dos profissionais de enfermagem na articulação entre a prestação de cuidados à pessoa, a comunicação com a equipa e o acompanhamento da família. No contexto específico das ambulâncias SIV, estas dimensões coexistem com a liderança e execução das intervenções protocoladas, a comunicação com o médico regulador e a recolha de informação clínica e contextual potencialmente relevante para o processo de tomada de decisão. A dimensão relacional dos

cuidados assume, assim, particular importância na preservação da dignidade da pessoa, no apoio aos familiares e na promoção de cuidados humanizados(32).

DISCUSSÃO

A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA PERANTE A PESSOA EM PCREH: PARA ALÉM DOS ALGORITMOS

A tomada de decisão perante uma pessoa em PCREH ultrapassa a aplicação linear dos algoritmos de reanimação. Embora estes constituam instrumentos fundamentais para assegurar uma abordagem sistematizada, segura e baseada na melhor evidência disponível, decisões como iniciar, manter ou suspender manobras de reanimação exigem a integração de fatores clínicos, prognósticos, éticos e contextuais. Os resultados desta revisão evidenciam que a proporcionalidade da intervenção, a vontade previamente expressa pela pessoa, a presença ou ausência de causas potencialmente reversíveis, o contexto da ocorrência e as expectativas dos familiares podem influenciar significativamente este processo decisório.

Esta complexidade é particularmente evidente quando a probabilidade de benefício da continuação das manobras é reduzida, mas não estão reunidas condições inequívocas para a sua suspensão. Nestas circunstâncias, a aplicação exclusiva de algoritmos pode revelar-se insuficiente para responder à singularidade da situação. A reanimação deve ser entendida como uma intervenção terapêutica e, como tal, a sua indicação e continuidade devem ser ponderadas à luz dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e proporcionalidade, procurando assegurar que o esforço terapêutico se mantém orientado para o melhor interesse da pessoa.

A análise ética destas decisões exige distinguir o dilema ético da incerteza clínica inerente ao contexto da emergência. Enquanto a incerteza clínica decorre da insuficiência de informação sobre a situação, o prognóstico ou a reversibilidade da paragem, o dilema ético emerge quando diferentes valores ou obrigações moralmente relevantes entram em conflito, não podendo ser plenamente satisfeitos em simultâneo. Na PCREH, estas dimensões podem coexistir, mas não são equivalentes: a incerteza quanto à probabilidade de sobrevivência constitui, inicialmente, um problema clínico e prognóstico, adquirindo particular relevância ética quando influencia decisões com consequências para a autonomia, o benefício e a dignidade da pessoa(4,7,35).

Neste enquadramento, a aplicação dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça exige uma ponderação contextualizada, sem pressupor uma hierarquia absoluta entre eles. A beneficência orienta a atuação para a obtenção de benefício clínico, enquanto a não maleficência exige considerar os potenciais danos da intervenção, incluindo os riscos de manter medidas sem benefício expectável ou de suspender prematuramente uma reanimação potencialmente eficaz. A autonomia impõe o respeito pelos valores e preferências da pessoa, incluindo a sua vontade previamente expressa, quando válida e aplicável.

Por sua vez, o princípio da justiça exige que a decisão seja equitativa, evitando pressupostos discriminatórios associados à idade, deficiência, dependência funcional ou doença crónica. A proporcionalidade terapêutica constitui, assim, um elemento integrador desta ponderação, relacionando o benefício expectável com os potenciais danos e encargos da intervenção, à luz das circunstâncias clínicas e dos valores individuais da pessoa(27,35,36).

A operacionalização destes princípios em contexto pré-hospitalar pressupõe um processo deliberativo adaptado à urgência da situação, integrando a avaliação clínica e prognóstica, a identificação de causas potencialmente reversíveis, a procura de informação sobre a vontade da pessoa e a discussão dos argumentos clínicos e éticos entre os profissionais envolvidos. No modelo português, esta ponderação deverá articular a avaliação presencial realizada pelo enfermeiro SIV com a regulação médica, promovendo uma decisão fundamentada, proporcional e devidamente documentada. Perante informação insuficiente, importa reconhecer explicitamente a incerteza, evitando que juízos subjetivos sobre a qualidade de vida ou a condição funcional da pessoa substituam a avaliação clínica individualizada(7,27).

As recomendações europeias mais recentes reforçam esta perspetiva. As *European Resuscitation Council Guidelines 2025 – Ethics in Resuscitation* valorizam uma abordagem centrada na pessoa e reconhecem a necessidade de integrar os seus valores e preferências nas decisões de reanimação, incluindo nas decisões relacionadas com a sua suspensão(27) . Embora as regras TOR possam contribuir para a sistematização da avaliação prognóstica, a evidência disponível não permite assumir que a sua aplicação assegura, de forma consistente, a identificação de todas as pessoas sem possibilidade de sobrevivência. A revisão sistemática de Smyth et al. (2024) evidencia uma importante discrepância entre o desempenho destes instrumentos em estudos observacionais e a demonstração da sua segurança em condições reais de prática clínica, salientando a insuficiência de evidência robusta para recomendar a sua implementação generalizada(6).

Os resultados encontrados reforçam, assim, a existência de uma tensão entre a necessária padronização da resposta à PCREH e a individualização da decisão clínica e ética. Os algoritmos permitem reduzir a variabilidade injustificada da prática e garantir intervenções de reconhecido benefício; contudo, a ética da decisão exige igualmente reconhecer as situações em que a continuidade de uma intervenção pode deixar de representar benefício para a pessoa. A dificuldade reside, portanto, não em escolher entre protocolo e julgamento clínico, mas em assegurar que ambos se complementam num processo decisório estruturado, fundamentado e centrado na pessoa.

Esta questão assume particular relevância no contexto pré-hospitalar, onde a decisão ocorre sob elevada pressão temporal, frequentemente com informação clínica incompleta e perante familiares emocionalmente envolvidos. A impossibilidade de eliminar totalmente a incerteza não deverá, contudo, conduzir a uma desvalorização do julgamento clínico. Pelo contrário, reforça a necessidade de processos de decisão capazes de integrar, de forma sistemática, a informação disponível no local, os critérios prognósticos, os princípios éticos e a experiência dos profissionais envolvidos.

O JULGAMENTO CLÍNICO DO ENFERMEIRO DAS AMBULÂNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA: UMA REFLEXÃO SOBRE O RECONHECIMENTO DAS SUAS COMPETÊNCIAS

No contexto das ambulâncias SIV, esta reflexão assume características particulares. O enfermeiro constitui o profissional de saúde diferenciado presente no local, competindo-lhe realizar a avaliação clínica da pessoa, identificar o ritmo de paragem, reconhecer e abordar causas potencialmente reversíveis, executar e monitorizar intervenções protocoladas de suporte avançado de vida, avaliar a resposta às medidas instituídas e recolher informação clínica e contextual relevante. Simultaneamente, articula-se com o médico regulador e assume frequentemente um papel central na comunicação com os familiares.

Esta posição coloca o enfermeiro SIV numa situação singular no processo de tomada de decisão: é o profissional diferenciado que observa diretamente a pessoa, acompanha longitudinalmente a resposta às intervenções e contacta com o contexto em que ocorreu a PCR, mas dispõe de autonomia limitada relativamente às decisões de não iniciar ou suspender manobras de reanimação. Esta realidade pode tornar-se particularmente complexa quando a avaliação clínica e contextual realizada no local suscita dúvidas fundamentadas quanto ao benefício ou proporcionalidade da continuação da intervenção.

Importa salientar que a diferenciação clínica não deverá ser entendida apenas como capacidade para executar intervenções tecnicamente mais complexas, mas também como capacidade para avaliar, interpretar e participar de forma diferenciada no processo de tomada de decisão. O reconhecimento do julgamento clínico do enfermeiro SIV não implica, necessariamente, a substituição da regulação médica nem a transferência automática de competências atualmente atribuídas ao médico. Implica, antes, refletir sobre a forma como a avaliação realizada pelo profissional presente junto da pessoa pode ser integrada de modo mais efetivo e estruturado na decisão clínica.

Esta reflexão torna-se particularmente pertinente perante situações em que a informação determinante para a decisão apenas pode ser verdadeiramente apreendida no local. O estado funcional prévio, a evolução recente de uma doença crónica, as circunstâncias em que ocorreu a paragem, a informação transmitida pela família, a resposta às manobras instituídas e a própria perceção da proporcionalidade da intervenção constituem elementos dificilmente apreendidos na sua totalidade por quem não se encontra presencialmente no cenário. A comunicação destes elementos ao médico regulador é, por isso, fundamental, mas a sua adequada valorização pressupõe também o reconhecimento da competência clínica de quem os recolhe, interpreta e transmite.

Neste sentido, maior valorização do julgamento clínico do enfermeiro SIV não deve ser confundida com uma defesa de decisões individuais ou não protocoladas. Pelo contrário, poderá traduzir-se no desenvolvimento de processos decisórios mais participados e estruturados, sustentados em critérios clínicos objetivos, instrumentos validados, comunicação efetiva com a regulação médica e definição clara das responsabilidades de cada interveniente. Uma maior participação do enfermeiro na decisão pode, desta forma, ser compatível

com a segurança clínica, a articulação interdisciplinar e a necessária responsabilização profissional.

Esta perspetiva encontra particular oportunidade nas recomendações internacionais mais recentes. As ERC Guidelines 2025 enquadram as decisões de reanimação numa abordagem centrada na pessoa e reconhecem que a implementação das recomendações deve ser adaptada aos diferentes contextos legais e organizacionais(27) . Tal enquadramento não permite concluir, por si só, que devam ser atribuídas novas competências autónomas aos enfermeiros SIV, mas legitima a reflexão sobre se o atual modelo português de tomada de decisão aproveita plenamente as competências clínicas dos profissionais que se encontram no local.

A questão central poderá, assim, não residir apenas em determinar quem tem competência formal para decidir, mas também em compreender como é construída a decisão e qual o peso atribuído ao julgamento clínico dos diferentes profissionais envolvidos. Num modelo em que o enfermeiro SIV assume uma intervenção clínica diferenciada e uma avaliação direta e continuada da pessoa em PCREH, parece pertinente questionar se a sua participação no processo decisório poderá ser reforçada, dentro de critérios previamente definidos e de um enquadramento clínico, ético e legal seguro.

A tensão entre julgamento clínico e capacidade decisória poderá igualmente ter implicações éticas e emocionais para o enfermeiro SIV, importando distinguir o dilema ético e a incerteza clínica do conceito de sofrimento moral. Na sua conceção clássica, o sofrimento moral ocorre quando o profissional identifica aquilo que considera ser a atuação eticamente mais adequada, mas encontra constrangimentos organizacionais, normativos ou hierárquicos que dificultam ou impedem a sua concretização. Contudo, conceptualizações mais abrangentes reconhecem que este fenómeno também pode emergir em situações de conflito ou incerteza moral, desde que exista sofrimento psicológico diretamente associado à experiência moral(37).

No contexto das ambulâncias SIV, poderá emergir sofrimento moral quando o enfermeiro, com base na avaliação clínica e contextual realizada no local, considera que determinada decisão poderá não corresponder ao melhor interesse da pessoa, mas perceciona limitações à integração do seu julgamento clínico no processo decisório. Esta possibilidade não permite, contudo, pressupor a existência ou a frequência de sofrimento moral neste grupo profissional, carecendo de investigação específica no contexto português.

A valorização da participação do enfermeiro na tomada de decisão deverá, assim, ser entendida não apenas como uma questão de autonomia profissional, mas também como uma oportunidade para promover processos deliberativos mais participados, comunicação interdisciplinar efetiva e condições organizacionais que favoreçam a qualidade ética dos cuidados(7,27,37).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA E PARA A ORGANIZAÇÃO DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL

A evidência internacional sugere que a implementação de determinadas regras TOR, em contextos específicos, poderá contribuir para uma utilização mais criteriosa dos recursos pré-hospitalares e para a

redução de transportes potencialmente evitáveis. Contudo, a heterogeneidade dos instrumentos e o risco de não identificação de potenciais sobreviventes exigem prudência na interpretação destes resultados e impedem a sua generalização sem adequada validação local(6,24,27).

As recomendações mais recentes do *European Resuscitation Council* reforçam esta perspetiva, salientando a importância da utilização de critérios validados e da sua adaptação aos contextos legais, organizacionais e culturais em que são aplicados(27) . A decisão de terminar a reanimação não deve, contudo, resultar da aplicação automática de um critério isolado, mas de uma avaliação holística que integre a resposta às intervenções, a duração da reanimação, a existência de causas reversíveis, os valores e preferências da pessoa e outros fatores clínicos e contextuais relevantes.

Neste sentido, a realidade das ambulâncias SIV em Portugal poderá beneficiar da avaliação da viabilidade de critérios TOR especificamente adaptados e validados ao seu modelo de funcionamento. A existência de critérios objetivos, previamente definidos e cientificamente validados, poderia constituir um suporte adicional à avaliação realizada pelo enfermeiro no local e à comunicação com o médico regulador, contribuindo para um processo decisório mais estruturado, consistente e transparente. Tal possibilidade não pressupõe obviamente a eliminação da regulação médica, podendo antes reforçar a qualidade da informação que sustenta a decisão e promover uma participação mais efetiva do enfermeiro SIV na sua construção.

A evolução deste modelo poderá igualmente beneficiar do recurso a soluções de telemedicina e transmissão remota de dados clínicos, permitindo ao médico regulador aceder, em tempo real, a informação complementar proveniente do local da ocorrência. A transmissão de parâmetros de monitorização, ritmos cardíacos ou outros elementos clínicos relevantes poderá contribuir para reduzir a distância entre quem avalia presencialmente a pessoa e quem participa remotamente na decisão. Contudo, estas soluções devem ser entendidas como instrumentos facilitadores da comunicação e da decisão partilhada, e não como substitutos da avaliação clínica realizada no local.

Qualquer evolução que passe pela implementação de critérios TOR nos protocolos de PCREH em contexto SIV deverá ser acompanhada de avaliação prospetiva, auditoria dos processos decisórios e formação específica dos profissionais, nomeadamente em ética da reanimação, critérios prognósticos, comunicação com a pessoa e família, planeamento antecipado de cuidados e aplicação de regras TOR. A maior participação no processo decisório implica igualmente maior responsabilidade profissional, exigindo competências que permitam reconhecer não apenas quando uma intervenção deve ser iniciada, mas também quando a sua continuidade poderá deixar de representar benefício para a pessoa.

Importa, contudo, reconhecer que a transposição direta de modelos internacionais para o sistema português não seria adequada. As diferenças existentes entre sistemas de emergência, composição das equipas, competências profissionais e enquadramentos jurídicos obrigam a que qualquer alteração seja previamente estudada e validada no contexto nacional. Assim, antes de uma eventual revisão dos atuais protocolos ou competências decisórias, será pertinente desenvolver investigação específica no contexto SIV português, avaliando a aplicabilidade, segurança e desempenho de critérios TOR, bem como a perspetiva dos

enfermeiros, médicos reguladores e restantes intervenientes envolvidos na PCREH.

Neste enquadramento, uma eventual evolução da autonomia do enfermeiro SIV deverá ser entendida como resultado de um processo progressivo, sustentado na evidência, na formação, na definição clara de critérios e responsabilidades e na avaliação da segurança do modelo, e não como uma transferência isolada de competências. A implementação experimental de modelos estruturados de decisão, inicialmente em contextos controlados e sujeitos a avaliação, poderá permitir determinar se uma maior integração do julgamento clínico do enfermeiro SIV contribui para decisões mais proporcionais, seguras e centradas na pessoa.

LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA DISPONÍVEL E PERSPETIVAS PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

A presente revisão apresenta limitações que importa considerar na interpretação dos seus resultados. Tratando-se de uma revisão narrativa, não foi realizada uma avaliação sistemática da qualidade metodológica dos estudos incluídos, nem uma síntese quantitativa dos resultados, o que limita a possibilidade de estabelecer conclusões definitivas ou relações causais. Acresce a heterogeneidade dos estudos analisados, desenvolvidos em diferentes sistemas de emergência pré-hospitalar, com distintos modelos organizacionais, competências profissionais e enquadramentos legais, condicionando a sua transposição direta para a realidade portuguesa.

Uma limitação particularmente relevante decorre da escassez de evidência especificamente centrada nos enfermeiros das ambulâncias SIV em Portugal**.** Grande parte da literatura disponível analisa profissionais ou equipas de emergência pré-hospitalar inseridos em modelos assistenciais distintos, pelo que as conclusões relativas ao contexto SIV devem ser interpretadas com prudência. Esta lacuna constitui, simultaneamente, um resultado relevante da presente revisão, evidenciando a necessidade de produção de conhecimento especificamente dirigido a este grupo profissional e ao modelo português de emergência pré-hospitalar.

Neste sentido, futuros estudos deverão explorar a experiência dos enfermeiros SIV perante decisões de não iniciar, manter ou suspender manobras de reanimação, incluindo os dilemas éticos e situações de sofrimento moral associados a estas decisões. A realização de estudos qualitativos poderá permitir compreender em profundidade estas experiências, enquanto estudos quantitativos poderão avaliar a frequência e características destas situações, bem como a sua relação com fatores profissionais, organizacionais e clínicos.

Paralelamente, considera-se pertinente investigar a aplicabilidade e segurança de critérios TOR no contexto SIV português, avaliando o seu desempenho face aos resultados clínicos e a sua adequação ao atual modelo de regulação médica. A perspetiva dos diferentes intervenientes, nomeadamente enfermeiros SIV, médicos reguladores e responsáveis pela organização da emergência pré-hospitalar, deverá igualmente ser considerada na avaliação de eventuais modelos de decisão mais participados.

Qualquer evolução da prática deverá ser precedida de adequada validação científica, enquadramento jurídico e definição clara das responsabilidades profissionais. A investigação neste domínio poderá, assim,

contribuir não apenas para compreender os dilemas éticos atualmente experienciados, mas também para fundamentar futuras decisões organizacionais e normativas que promovam uma abordagem à PCREH simultaneamente segura, proporcional, centrada na pessoa e sustentada nas competências dos profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

A abordagem à PCREH em contexto pré-hospitalar envolve dilemas éticos que ultrapassam a aplicação dos algoritmos de reanimação, particularmente nas decisões relacionadas com o início, continuidade ou suspensão das manobras. A proporcionalidade da intervenção, o benefício expectável, a autonomia e vontade previamente expressa pela pessoa, a preservação da dignidade e o contexto clínico e familiar constituem dimensões que devem integrar este processo decisório.

No contexto das ambulâncias SIV, estes dilemas assumem particular relevância pela posição diferenciada do enfermeiro, que avalia presencialmente a pessoa, executa e monitoriza intervenções de suporte avançado de vida, acompanha a resposta à reanimação e integra informação clínica e contextual relevante, mantendo, contudo, uma participação limitada em determinadas decisões relativas ao não início ou suspensão das manobras. Esta realidade pode gerar tensão entre julgamento clínico, responsabilidade ética e capacidade decisória, contribuindo para situações de sofrimento moral.

Os resultados desta revisão sustentam a pertinência de aprofundar, no contexto português, a avaliação da aplicabilidade, segurança e enquadramento jurídico de critérios TOR adaptados ao modelo SIV, bem como de modelos de decisão que integrem de forma mais estruturada o julgamento clínico do enfermeiro e a articulação com a regulação médica. Qualquer evolução neste domínio deverá ser sustentada na evidência, formação adequada, critérios objetivos, definição clara de responsabilidades e avaliação rigorosa da segurança.

Mais do que questionar a necessária articulação interdisciplinar, importa refletir se o atual modelo de decisão permite utilizar plenamente as competências clínicas dos profissionais que avaliam e cuidam da pessoa no local. A evolução da resposta à PCREH deverá, por isso, acompanhar não apenas os avanços técnicos da reanimação, mas também a evolução da competência, responsabilidade e participação dos profissionais na tomada de decisão, promovendo cuidados cada vez mais seguros, proporcionais e centrados na pessoa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

PV: Conceptualização, Tratamento de dados, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Rascunho Original e Redação - Revisão e Edição.

AC: Conceptualização, Tratamento de dados, Investigação e Redação - Preparação do Rascunho Original.

DG: Metodologia e Redação - Revisão e Edição.

MS: Metodologia e Redação - Revisão e Edição.

AT: Redação - Revisão e Edição.

Os autores aprovam a versão final a ser publicada.

RESPONSABILIDADE ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes de financiamento externas para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Out-of-hospital cardiac arrest: a unique medical emergency. The Lancet. 2018;391(10124):911. doi:10.1016/S0140-6736(18)30552-X
2. Burns B, Marschner IC, Buscher H, Coggins A, Oliver M, Maruno K, et al. Expedited transfer from the scene for refractory out-of-hospital cardiac arrest in Australia: a prospective, multicentre, parallel, open label, randomised clinical trial. Lancet Respir Med. 2025 Oct 1;13(10):921–32. doi:10.1016/S2213-2600(25)00130-4 PubMed PMID: 40854321.
3. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Jiménez FC, Cimpoesu D, Cole G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Advanced Life Support. Resuscitation. 2025 Oct;215:110769. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110769
4. Milling L, Nielsen DS, Kjær J, Binderup LG, de Muckadell CS, Christensen HC, et al. Ethical considerations in the prehospital treatment of out-of-hospital cardiac arrest: A multi-centre, qualitative study. PLoS One. 2023 Jul 1;18(7 July). doi:10.1371/journal.pone.0284826 PubMed PMID: 37494384.
5. Eli K, Huxley CJ, Gardiner G, Perkins GD, Smyth MA, Griffiths F, et al. Ethical issues in termination of resuscitation decision-making: an interview study with paramedics and relatives of out-of-hospital cardiac arrest non-survivors. BMJ Open. 2024 Nov 19;14(11). doi:10.1136/bmjopen-2024-085132 PubMed PMID: 39566955.
6. Smyth MA, Gunson I, Coppola A, Johnson S, Greif R, Lauridsen KG, et al. Termination of Resuscitation Rules and Survival among Patients with Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024 Jul 3;7(7):e2420040. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.20040 PubMed PMID: 38958975.
7. Bruun H, Milling L, Mikkelsen S, Huniche L. Ethical challenges experienced by prehospital emergency personnel: a practice-based model of analysis. BMC Med Ethics. 2022 Dec 1;23(1). doi:10.1186/s12910-022-00821-9 PubMed PMID: 35962434.
8. Doody O, Davidson H, Lombard J. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation decision-making process: scoping review. BMJ Support Palliat Care. 2025 May 1;15(3):400–10. doi:10.1136/spcare-2023-004573 PubMed PMID: 38519106.

9. Gabinete da Ministra da Saúde. Despacho n.º 5816/2026, de 6 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 87/2026. Diário da República, 2ª série, Nº 87. 2026.
10. Sheraton M. Effectiveness of Mechanical Chest Compression Devices over Manual Cardiopulmonary Resuscitation : A Systematic Review with Meta-analysis and Trial Sequential Analysis. West J Emerg Med. 2021 Jul 19;22(July):810–9. doi:10.5811/westjem.2021.3.50932
11. Russi CS, Myers LA, Kolb LJ, Lohse CM, Hess EP, White RD. A Comparison of Chest Compression Quality Delivered During On-Scene and Ground Transport Cardiopulmonary Resuscitation. Western Journal of Emergency Medicine. 2016 Jul 19. doi:10.5811/westjem.2016.6.29949
12. Fox J, Fiechter R, Gerstl P, Url A, Wagner H, Thomas FL, et al. Mechanical versus manual chest compression CPR under ground ambulance transport conditions. Vol. 15. 2013;15(February 2012):1–6. doi:10.3109/17482941.2012.735675
13. El-Menyar A, Ahmed K, Howland IR, Mollazehi M, Mekkodathil A, Rizoli S, et al. Mechanical and manual cardiopulmonary resuscitation in traumatic cardiac arrest: a retrospective observational study. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2026 Jun 16;52(1). doi:10.1007/s00068-026-03233-1 PubMed PMID: 42301408.
14. Lei n.º 25/2012 - Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16. 2012 Jul.
15. SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. RENTEV celebra 11 anos ao serviço dos cidadãos [Internet]. 2025 [cited 2026 Nov 7]. Available from: https://www.spms.min-saude.pt/2025/07/rentev-celebra-11-anos-ao-servico-dos-cidadaos/
16. Ordem dos Médicos. Regulamento nº 707/2016: Regulamento de Deontologia Médica. 2016.
17. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Parecer CJ 42/2024. 2024 May.
18. Milling L, Binderup LG, Muckadell CS De, Christensen EF, Lassen A, Christensen HC, et al. Documentation of ethically relevant information in out - of - hospital resuscitation is rare : a Danish nationwide observational study of 16,495 out - of - hospital cardiac arrests. BMC Med Ethics. 2021;1–10. doi:10.1186/s12910-021-00654-y
19. Smyth MA, Brown TP, Fothergill R, Griffiths F, Lall R, Long J, et al. Development of a national consensus guideline for termination of resuscitation in the out-of-hospital environment. Br Paramed J. 2026 Jun 5;11(1):56–65. doi:10.29045/14784726.2026.6.11.1.56 PubMed PMID: 42273534.
20. Goto Y, Funada A, Maeda T, Goto Y. Termination-of-resuscitation rule in the emergency department for patients with refractory out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide, population-based observational study. Crit Care. 2022 Dec 1;26(1). doi:10.1186/s13054-022-03999-x PubMed PMID: 35578295.
21. Goto Y, Funada A, Maeda T. Field termination-of-resuscitation rule for refractory out-of-hospital cardiac arrests in Japan. J Cardiol. 2018. doi:10.1016/j.jjcc.2018.12.002
22. Morrison LJ. Prehospital termination of resuscitation rule. Curr Opin Crit Care. 2019;25(3):199–203. doi:10.1097/MCC.0000000000000614

23. Yoon JC, Kim WY. What should we consider when applying termination of resuscitation rules ? Vol. 8. 2016;8(7):1377–80. doi:10.21037/jtd.2016.05.49

24. Teefy J, Cram N, Zyl T Van, Aarsen K Van, McLeod S, Dukelow A. Evaluation of the Uptake of a Prehospital Cardiac Arrest Termination of Resuscitation Rule. Journal of Emergency Medicine. 2019;(October):1–6. doi:10.1016/j.jemermed.2019.11.018

25. Escutnaire J, Ducrocq F, Singier A, Baert V, Babykina E, Dumont C, et al. Can We Define Termination Of Resuscitation Criteria In Out-Of-Hospital Hanging ? Prehospital Emergency Care. 2019;1(023):58–65. doi:10.1080/10903127.2018.1476635

26. Morrison LJ, Visentin LM, Kiss A, Theriault R, Eby D, Vermeulen M, et al. Validation of a Rule for Termination of Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. 2006;478–87.

27. Raffay V, Wittig J, Bossaert L, Djakow J, Djärv T, Estella Á, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. Resuscitation. 2025 Oct;215:110734. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110734

28. Husain A, Chalek A, Husain K, Reece RJ, Dunne RB. Validation of the Termination of Resuscitation Rules in Detroit. Cureus. 2025 Feb 28. doi:10.7759/cureus.79846

29. Salleh NAM, Poh K, Abidin HZ, Teh TYH. Questionnaire Survey Medical Futility and Termination of Resuscitation in Out-of-hospital-cardiac-arrest Patients Presenting to Emergency Department in Hospitals in Klang Valley. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2023 Sep 7;22(3):146–60. doi:10.4274/eajem.galenos.2023.69320

30. Goodarzi A, Sadeghian E, Babaei K, Khodaveisi M. Knowledge , Attitude and Decision - making of Nurses in the Resuscitation Team towards Terminating Resuscitation and Do - not-Resuscitate Order. Ethiop J Health Sci. 2022;2(32):413–22.

31. Pinto A, Paiva L, Baptista S. Healthcare Professionals' Ethical Dilemma in Out-of-Hospital Cardiopulmonary Arrest: A Scoping Review. CURARE Journal of Nursing. 2024 Nov 13;0(6):1–8. doi:10.26650/curare.2024.1432959

32. Libby C, Pasichow SH. When Is It Acceptable to Terminate Resuscitation in Prehospital Settings? AMA J Ethics. 2025 Jul;27(7):484–90.

33. Laranjeira C. Dignity promotion in people with advanced chronic diseases: contributions for a value-based healthcare practice. Front Public Health. 2023 Jul 27. doi:10.3389/fpubh.2023.1156830

34. Charlton K, Bevan M. 'Paramedic decision-making in out of hospital cardiac arrest. A descriptive phenomenological study.' SSM - Qualitative Research in Health. 2024 Dec 1;6. doi:10.1016/j.ssmqr.2024.100472

35. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, et al. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med. 2018;6(44):703–16. doi:10.1007/s00134-018-5202-0

36. Elmer J, Atkins DL, Daya MR, Del Rios M, Fry JT, Henderson CM, et al. Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Circulation. 2025 Oct 21;152(16_suppl_2):S323–52. doi:10.1161/CIR.0000000000001371 PubMed PMID: 41122890.

37. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. Nursing Ethics. SAGE Publications Ltd; 2019. p. 646–62. doi:10.1177/0969733017724354 PubMed PMID: 28990446.

© Author(s) and Revista Doente Crítico, 2027. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

© Autor(es) e Revista Doente Crítico, 2027. Este artigo está licenciado ao abrigo da licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).