



Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações

Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Em 1965, Jude and Elam defenderam que o fundamento da reanimação cardio-respiratória (RCR) era “o doente ser recuperável”; desde aí as suas indicações têm sofrido grandes modificações: inicialmente concebida para vítimas de acidentes agudos, rapidamente resvalou para uma terapêutica sistemática e indiscriminada de todos os doentes em paragem cardio-respiratória (PCR) ¹.

Em 1970, a Comissão de Cuidados Intensivos do Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, definiu o conceito de decisão de não reanimar (DNR), que culminou em 1974 com a proposta de uma política de DNR pela Associação Americana de Cardiologia, procurando clarificar e uniformizar a actuação clínica face a doentes em PCR ².

Em 1976, Rabkin e colaboradores levantaram reservas à reanimação de doentes com patologias graves e de prognóstico reservado, afirmando: “Há uma crescente e excessiva preocupação de utilização não criteriosa e sistemática, levada ao extremo, das tecnologias médicas. O respeito pelos direitos dos doentes significa que a utilização de medidas heróicas e artificiais de sustentação de vida, devem ser justificadas pelo equilíbrio entre as boas práticas clínicas e os direitos dos doentes” ^{3,4}.

Em 1987, a Comissão de Assuntos Jurídicos e Éticos da Associação Americana de Medicina (AAM) publicou um conjunto de orientações visando a elaboração de políticas apropriadas de reanimação pelos clínicos hospitalares ⁵.

Em 1991, a mesma comissão defendeu “Quando o médico assistente considera a reanimação de determinado doente inútil, mesmo se por este previamente requerida, a RCR deve ser suspensa ou não iniciada” ⁶.

Estas considerações levam-nos à fase seguinte do debate:

Devem ou não os médicos decidir unilateralmente não reanimar um doente?

Porque são presentemente discutidas as DNR?

O médico pode sentir-se frustrado pelo facto da autonomia do doente o coagir a efectuar tratamento inapropriado, condicionando-o na escolha da melhor opção para o seu doente, dificultando a relação fiduciária.

Tomlinson and Brody argumentam que o primado da autonomia não se esgota nos desejos do doente e, ao instituir uma terapêutica inútil, o médico está a providenciar falsas expectativas ao doente e família, tornando-os delas dependentes, corroendo a verdadeira autonomia do doente e quebrando a relação de confiança médico-doente ⁷.

Em Pediatria, esta problemática adquiriu progressivamente maior relevo com o desenvolvimento e implementação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e posteriormente das Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, transformando-se numa das temáticas éticas destas unidades.

Em Portugal, estes dilemas éticos têm sido abordados em vários trabalhos já publicados e, designadamente numa revisão efectuada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia, pelos motivos que se prendem com a particular visão de morte na criança, o grau de investimento terapêutico na fase inicial de internamento foi praticamente total na maioria (96,7%) dos doentes ⁸.

Como manobra de emergência, a ressuscitação não requer consentimento informado e é executada sob a égide do princípio da beneficência.

Contudo, a criança com doença terminal ou com deficiência grave e profunda levanta problemas e dilemas de difícil resposta ⁹.

As DNR são também clínica e eticamente aceitáveis à luz do princípio da não maleficência, quando a relação custos-benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente. A decisão de reanimar ou não uma criança, apesar das consequências presumivelmente opostas, implica idêntica responsabilidade ética e moral. ^{9,10}.

Como qualquer outra terapêutica, a RCR nem sempre está indicada ou é mesmo inapropriada e a DNR pode ser a decisão médica alternativa ¹¹.

Actualmente, todas as Organizações de Acreditação em Saúde exigem políticas hospitalares claras de DNR que incluem a definição de DNR, orientações que presidem ao processo de tomada de decisão e normas de inclusão e registo no processo clínico ¹².

Clinicamente, o critério mais utilizado para a decisão de DNR tem sido a morte eminente, mas no estudo de Lewetown sete admissões consideradas em morte eminente acabaram por sobreviver, sublinhando a incerteza da avaliação clínica ³.

Por definição, a DNR é uma orientação escrita no processo clínico do doente, pelo médico assistente, que recomenda a não utilização de manobras de reanimação invasiva, em caso de PCR em doentes com doença aguda ou crónica grave, presumivelmente irreversível; implica a avaliação, ponderação e discussão da inutilidade de tais manobras por toda a equipa clínica com intervenção e responsabilidade ético-profissional no caso ^{11,13}.

Estas ordens não implicam ou colidem com outros tipos de intervenção médica e/ou cirúrgica que visem o conforto ou palição do doente (como por exemplo a gastrostomia ou traqueostomia) ¹¹.

Em Pediatria, considera-se a DNR quando se verificam as seguintes situações ¹¹:

- A avaliação clínica do médico assistente **considera que a ressuscitação não beneficia a criança**.
- Os pais ou tutores expressam esse desejo ou dão o seu assentimento ao médico assistente, de acordo com o superior interesse da criança.
- A decisão é tomada e fundamentada na previsível morte de uma criança com doença terminal ou questionável qualidade de vida, que culmina numa paragem cardio-respiratória.

Por outro lado, o processo de reflexão conducente a uma DNR, devidamente expressa e registada no processo clínico, deve obedecer a uma análise criteriosa e transparente:

- Discussão entre o corpo clínico (médico assistente, especialista e subespecialista) visando o consenso.
- Abordagem da família em tempo útil necessário à passagem de informação, esclarecimento de dúvidas, incertezas e desassossegos, visando o estreitamento fiduciário família-médico assistente, facilitadores do assentimento da família.

Perante a morte eminente, as famílias angustiadas com a perspectiva de perda, não devem ser sobrecarregadas com a responsabilidade de uma tomada “solitária de decisões” para a qual não estão, nesse particular momento, emocionalmente preparadas.

- Discussão conjunta entre a equipa médica e os pais e respectivo registo no processo clínico das diligências, reuniões e troca de informação entre os diferentes intervenientes: poderá passar pela existência de impresso com declaração escrita pela equipa clínica e pais em consenso, devidamente datada e assinada, resumindo ou sintetizando o processo, consoante a política de qualidade da unidade hospitalar ^{12,14}.
- Discussão e envolvimento da criança com idade e discernimento para tal, prática frequente nos países anglo-saxónicos, mas de difícil implementação em países latinos como Portugal ^{8,9,10,11}.

Para além da natureza biológica da vida e da morte, a representação social e espiritual destes fenómenos devem ser reflectidas no contexto de variáveis sociais, culturais e religiosas que condicionam e moldam o problema da aceitação da morte.

Os médicos chamados a prestar cuidados à criança devem respeitar os desejos manifestados pela família (princípio da beneficência) e evitar o sofrimento (princípio da não maleficência), sempre que estes correspondam aos interesses da criança.

Alguns pediatras sentem que a DNR colide com o princípio da beneficência e o dever profissional de impedir a morte da criança por todos os meios disponíveis, priorizando a vida

biológica, ainda que penosa ou sem vida de relação, secundarizando a qualidade de vida, face à simples existência ^{15,16,17}.

Cada criança é um caso com diferentes problemáticas e ponderações consoante o estágio em que o analisamos, mas, se pugnamos pelo direito à vida da criança, temos de aceitar que ela tem direito à sua morte.

A utilização de manobras de reanimação em doentes com escassas hipóteses de sobrevivência, para além de curto espaço de tempo, que não chegam a sair do hospital ou da unidade de cuidados intensivos, suscitam espanto e dilemas pelo humanismo questionável de um profissional que, segundo Pellegrini exerce “...a mais humana das ciências e a mais científica das humanidades” ^{15,16}.

Engelhardt defende que o dever de beneficência depende da probabilidade de êxito, qualidade de vida e duração da mesma ¹⁷.

A literatura tem abordado frequentemente a inutilidade ou *futilidade* de determinadas terapêuticas, referindo-se à elevada probabilidade de morte, envolvendo juízos de qualidade de vida, subjectivos e diferentemente compreendidos por clínicos e pais e que naturalmente se repercute nas práticas, aprofundando dúvidas, dilemas e angústias nos profissionais e famílias, bem como preocupações de ordem jurídica ^{19,20}.

Na sequência das considerações anteriores, a Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos recomenda ^{21,22}:

- Devem ser utilizados todos os meios de ressuscitação em crianças que sofram uma paragem cárdio-respiratória, excepto em situações clínicas em que essas manobras sejam consideradas inúteis e **não constituam um benefício para a criança**.
- Quando o médico assistente julga, de acordo com a “*leges artis*” e experiência, que o **prolongamento artificial de vida pode ser potencialmente inútil**, incapaz de prolongar a vida de forma fisiológica, autónoma e com qualidade, não deve iniciar RCR. Em Pediatria o consentimento informado pelos pais e tutores sobre a DNR deve ser substituído pelo assentimento
- As discussões que ocorrem em situações de não emergência patenteiam o respeito pela criança e familiares e incentivam a partilha de dor e ansiedade, que atenuam a angústia e constituem uma palição para os pais, estreitando a relação clínica, que se pretende transparente e fiduciária; sempre que a situação o permita os médicos, em tempo útil e momento oportuno, devem informar os pais dos cenários previsíveis, designadamente da possibilidade de ocorrência de uma paragem cárdio-respiratória (PCR) e das hipóteses de actuação: reanimar ou DNR.
- Considerando que a família não tem capacidade emocional para tomar uma posição (sideração do sistema psíquico), a equipa médica deverá adoptar uma atitude de solicitude, empatia e comunicação, explicando e justificando a decisão, que reserva para si, procurando o consenso através do assentimento parental.

- Deve ainda ser dado espaço a discussões subsequentes, numa base periódica ou sempre que a situação clínica se altere significativamente, e que resulte na reiteração ou suspensão (ainda que temporária) da DNR.
- Sempre que os pais não possam ser incluídos no processo de tomada de decisão (por exemplo no caso de falecimento ou maus-tratos), serão informados os tutores ou representantes e a DNR justificada com base no princípio da não maleficência e superior interesse da criança.
- O médico deverá respeitar os desejos dos pais de reanimar o filho, desde que essa decisão não colida com o seu dever de actuar no melhor interesse da criança, tentando que os seus valores não prevaleçam sobre os dos pais, mantendo-se acessível, permeável à partilha de preocupações e discussão de alternativas (eventualmente de uma segunda opinião clínica).
- A DNR deve ser expressa no processo clínico, em local visível e comunicada à equipa de enfermagem, que apenas providenciará medidas de conforto e expressará a sua compaixão e solicitude à família, através de adequado apoio emocional.
- A DNR aplica-se exclusivamente à paragem cárdio-respiratória e não impede outras manobras terapêuticas médicas ou cirúrgicas consideradas indicadas, que permitam maior conforto ao doente ou facilitem os cuidados em ambiente não hospitalar.
- O corpo clínico deve rever periodicamente a sua experiência de DNR, visando a implementação da política mais adequada à vivência clínica hospitalar, aperfeiçoando a conduta ética, deontológica e moral como exemplos a perpetuar aos médicos em formação, autonomizando-os no seu desempenho no processo de tomada de decisão.

Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Triénio de 2004-2006)

Aprovado por unanimidade a 11/11/2005

Presidente: Maria do Carmo Vale – Hospital de Dona Estefânia – Lisboa

Secretário: Emídio Carreiro – Hospital de São João – Porto

Tesoureiro: Paulo Oom – Hospital de Santa Maria

Vogais: Maria José Oliveira – Hospital de Santo António – Porto

Maria José Castro – Hospital Distrital de Faro

Referências

1. Jude JR, Elam JO. Fundamentals of Cardiopulmonary Resuscitation. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1965:4.
2. National Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). *JAMA* 1974;227:864-6.
3. Rabkin MT, Gillerman JD, Rice NR. Orders not to resuscitate. *N Engl J Med* 1976;295:390-1.
4. Fried C. Terminating life support: out of the closet! (Editorial). *N Engl J Med* 1976;295:390-1.
5. American Medical Association (1990-1991). Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders. *JAMA* 1991;265:1868-1871.
6. David B, Truog W, Truog RD. The Cardiopulmonary resuscitation-Not-Indicated Order. *Ann Intern Med* 1995;122:304-8.
7. Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. *JAMA* 1990;264:1276-80.
8. Vale MC, Macedo A, Marques A, Barata D, Fernandes I, Estrada J, Ramos J, Ventura L, Santos M, Valente R, Vasconcelos C. Reanimação Cardio respiratória numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Acta Pediatr Port* 1995;26:249-53.
9. Vale MC. O Problema da Morte in A Ética em Pediatria: reflexões sobre Autonomia. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2001:117-28.
10. Vale MC. Ética e Mortalidade. *Acta Pediatr Port* 2000; 31:97-9.
11. Fallat ME, Deshpande JK, American Academy of Pediatrics. Do-Not-Resuscitate Orders for Pediatric Patients Who Require Anesthesia and Surgery. *Pediatrics* 2004;114:1686-91.
12. Vasconcelos C. Normas de Conduta e Procedimentos a Adotar na Obtenção de Consentimento Informado para Actos médicos e nas Decisões de Limitação Terapêutica ou de Decisão de Não Reanimação. Manual da Qualidade. UCIP – Hospital de Dona Estefânia.
13. Braddock CH. Do-Not-Resuscitate Orders: Join our Discussion Forum. 1998. University of Washington. www.bioeth@u.washington.edu. (26/9/2005).
14. Impresso de Registo de Decisão de Não reanimação. UCIP – Hospital de São João.
15. Vale MC, Estrada J, Santos M, Marques A, Ventura L, Ramos J, Vasconcelos C. Mortalidade numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Análise e Algumas Considerações Éticas. *Acta Pediatr Port* 2000; 32:77-82.
16. Vale MC. As Difíceis Escolhas do Intensivista. *Acta Pediatr Port* 2005; 36: 81-9.
17. Engelhardt HT. Advance directives, proxy consent and stopping treatment on the incompetent in *The Foundations of Bioethics*. 2nd ed. New York. Oxford University Press 1996: 347-9.
18. Almeida F. Problemáticas Específicas da Ética Pediátrica in *Ética em Pediatria: Uma Nova Dinâmica num relacionamento vital?* Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2004:53-93.
19. Helft PR, Siegler M, Lantos Jonh. The Rise and fall of the futility Movement. *N Engl J Med* 2000; 343:293-6.
20. Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility – from a literature review to a clinical model. *J Med Ethics* 2002;28:115-9.
21. Naughton M. Discussing Do-Not-Resuscitate Orders: Furthering the Discourse. www.jco.org (26/9/2005).
22. Tonnelli HAF, Mota JAC, Oliveira JS. A profile of the medical conduct preceding child death at a tertiary hospital. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 118-25.