

Ética e Questões Legais em RCP: quando iniciar e quando interromper a RCP

Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre, TSA/SBA*

Introdução

A realização de manobras de reanimação cardiopulmonar tem como objetivo oferecer a possibilidade de recuperar a vida de determinadas pessoas em uma situação denominada de *parada cardiopulmonar* (PCR). A melhor definição para esta situação é: “a interrupção súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil e suficiente em um indivíduo sem doença incurável, crônica e irreversível”.

A partir dessa definição encontramos várias outras que tem por objetivo refletir o objetivo “técnico” da reanimação cardiopulmonar. Uma das que melhor retrata o objetivo da reanimação cardiopulmonar e possui grande aceitação é: “o conjunto de procedimentos que objetivam manter a ventilação pulmonar e a circulação de sangue oxigenado para o cérebro e demais órgãos vitais, após uma interrupção da função destes”.

Mesmo com as definições atuais, existem momentos em que as manobras de reanimação meramente prolongam o sofrimento e o processo da morte.

Em outros poucos momentos estas manobras levam a um final trágico: o paciente em estado vegetativo.

Com todo o avanço nas pesquisas e estudos, com as normatizações, protocolos e algoritmos encontramos-nos ainda em um estágio inicial em relação ao sucesso na recuperação dos seres humanos que apresentam parada cardiopulmonar. As manobras de reanimação não apresentam resultados satisfatórios entre 70 e 90 % dos casos e para estes pacientes a morte é inevitável.

É muito importante que tanto médicos como todos os profissionais de saúde, que por algum motivo, possam estar envolvidos neste processo tenham consciência de que a morte é inevitável e que todos devemos ter o direito de morrer com dignidade.

* Co-responsável pelo CET/SBA Bento Gonçalves do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

Alguns raciocínios éticos ou mesmo conceitos éticos são necessários para assegurar se a decisão de tentar ou não realizar as manobras de reanimação são apropriadas e se o paciente ou mesmo seus parentes próximos estão sendo tratados com dignidade. Estes raciocínios ou conceitos são influenciados por muitos fatores como por exemplo aspectos culturais individuais, locais e internacionais, legais, religiosos, econômicos, sociais ou ainda oriundos de tradições. Em algumas situações as decisões podem ser pensadas e tomadas com antecedência, mas frequentemente tem que ser tomadas em segundos. Por isso é muito importante que os profissionais que possam estar envolvidos nestas decisões entendam e tenham seus princípios já amadurecidos para saber como decidir quando as situações ocorrerem¹⁻⁴.

Os princípios

Atualmente existe uma conceituação de que alguns princípios, admitidos como básicos, devem ser utilizados para que a decisão de reanimar ou não determinado paciente sejam tomada. Estes princípios são quatro: o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, o princípio da justiça e o princípio da autonomia⁵.

O princípio da beneficência implica na idéia de que os indivíduos envolvidos em um ato de promoção de saúde oferecerão benefícios reais quando estes benefícios são pesados em relação aos riscos que o paciente corre com aquela ação ou atitude. Não é raro ocorrer este questionamento para decidir reanimar um paciente significando, neste momento, que a decisão seria de não efetuar as manobras de reanimação. Por outro lado este princípio inclui também a resposta a uma demanda de uma comunidade, de por exemplo implantar um programa de acesso público a desfibrilação.

O princípio da não-maleficência intenciona passar o sentido de não causar dano ou prejuízo. No caso da reanimação o sentido da não-maleficência tem como objetivo não incentivar a tentativa de reanimação em casos considerados *fúteis*, ou contra o desejo do paciente expresso quando esse indivíduo encontra-se em condições mentais de expressar este desejo.

O princípio da justiça implica no dever de se oferecer os benefícios e da mesma forma, conseqüentemente, os riscos de forma igualitária por toda a sociedade. Se as condições de se oferecer manobras de reanimação existem, essas condições devem ser colocadas a disposição de todos que poderiam ser beneficiados por elas com todos os recursos disponíveis e possíveis.

O princípio da autonomia está relacionado à possibilidade do paciente poder tomar decisões informadas de seu próprio interesse, ao invés de estar sujeito a decisões paternalistas tomadas pelos profissionais de saúde. Este princípio teve sua origem a partir de legislações tais como a declaração de direitos humanos de Helsink e suas subseqüentes emendas e modificações⁶. O princípio da autonomia pressupõe que o paciente esteja adequadamente informado de toda a sua situação clínica, esteja livre de qualquer tipo de pressão indevida externa, tenha competência para entender o que está ocorrendo e principalmente que, uma vez ele tenha expressado a sua preferência, essa tenha consistência baseada nos fatos.

Paralelamente a estes quatro princípios existe, atualmente, ainda o conceito *das diretrizes antecipadas*. Esse conceito enfatiza a importância da autonomia do paciente. A utilização de diretrizes antecipadas é um método em que o paciente simplesmente comunica seus desejos em relação ao seu tratamento futuro, particularmente voltado ao final de sua vida. Naturalmente, seja qual for a diretriz antecipada, a decisão deve ser expressa enquanto o paciente tem competência mental para apresentar sua opção e não esteja sofrendo qualquer tipo de pressão externa, seja qual for a origem e tendência. Uma *diretriz antecipada* traçada por um paciente pode determinar e especificar limitações para a equipe de saúde no cuidado terminal inclusive no que diz respeito a não realização

das manobras de reanimação. Apesar de todas as formalidades e cuidados utilizados alguns problemas podem surgir. Podem ocorrer interpretações equivocadas, destoantes dos desejos reais do paciente, tanto por parte da equipe de saúde como dos próprios parentes. Interesses podem se sobrepor a vontade expressada, interesses estes que podem ser no sentido de prolongar ou de interromper a vida, ações que podem ser diferentes da vontade do principal interessado em controlar a situação, o próprio paciente. De maneira geral a equipe de saúde tem a tendência de subestimar o desejo de viver dos pacientes, principalmente daqueles que apresentam quadros de maior complexidade ou gravidade. Orientações escritas pelo paciente, principalmente quando estruturadas legalmente, podem diminuir esses problemas, mas sempre poderão ocorrer limitações. O paciente deve escrever detalhadamente as situações em que deseja ou não deseja ser atendido e principalmente as situações em que o suporte a vida não deve ser levado adiante ou deve ser interrompido. Estas orientações objetivas podem orientar a equipe de saúde, principalmente no que se refere a realizar as manobras de reanimação em situações que interfiram na dignidade do paciente ou sejam manobras *fúteis* como por exemplo a reanimação realizada na presença de um estágio terminal de falência múltipla de órgãos. Outro problema que deve estar sempre na mente da equipe de saúde é que os pacientes freqüentemente mudam suas opiniões e desejos com alterações de circunstâncias, sendo importante que a diretriz formulada pelo paciente seja a mais recente possível e leve em consideração qualquer mudança das circunstâncias.

Na parada cardíaca súbita, fora de ambiente hospitalar, os reanimadores geralmente não conhecem a história de saúde do paciente e normalmente não existe ou não está disponível uma *diretriz antecipada*. Nessas situações a reanimação deve ser iniciada imediatamente e as questões sobre a realização ou não das manobras são deixadas para um momento posterior.

Há uma variação internacional considerável na atitude da equipe de saúde em relação a diretrizes antecipadas escritas pelo paciente⁴. Em alguns países a diretriz antecipada escrita é legalmente aceita e sua desobediência é considerada como crime contra os direitos individuais daquele indivíduo. Em outros países, o desejo do paciente é flagrantemente desrespeitado se o médico responsável não concordar com aquela vontade expressa pelo paciente. Em outros países, como no Brasil, a legislação não concede ao paciente este direito e é dever do médico utilizar todos os recursos disponíveis em função de manter a vida do paciente independentemente da sua vontade⁴.

Quando iniciar a reanimação?

Apesar dos pacientes terem o direito de recusar tratamento em inúmeros países eles não possuem o direito automático de demandar tratamento: eles não podem insistir que a reanimação seja efetuada em qualquer circunstância. No Brasil, o paciente tem o amparo legal de que sempre terá direito a ser assistido, na grande maioria das circunstâncias.

Atualmente o pensamento em relação à questão de iniciar ou não o tratamento da parada cardiorrespiratória já traça um caminho na direção de um consenso no que diz respeito a grande maioria das situações de demanda das manobras de reanimação. Admite-se em um grande número de países que um médico somente será solicitado para prover o tratamento, isso é, as manobras de reanimação, quando estas manobras forem realmente beneficiar o paciente, não sendo enquadradas como um tratamento *fútil*. Entretanto, admite-se que é uma idéia prudente e sábia ouvir sempre uma segunda opinião sobre a realização ou não das manobras, no momento da decisão, pelo temor natural de que um único médico utilize seus próprios valores pessoais para decidir o que irá fazer⁷.

Certamente se perguntarmos a uma grande população de médicos quando iniciar a reanimação ouviremos inúmeras respostas do tipo: sempre que o paciente apresentar uma parada



cardiorrespiratória! É uma resposta muito lógica, porém, atualmente existem critérios para que essa decisão seja tomada com base em evidências que demonstram se e quando as manobras serão úteis ou não.

As causas mais frequentes de PCR em adultos são: doenças cardiovasculares, principalmente a isquemia do miocárdio, traumatismos e alterações neurológicas, principalmente oriundas de acidentes vasculares hemorrágicos ou isquêmicos.

Já mencionamos algumas vezes a palavra *fútil*. O que significa a utilização dessa palavra ou melhor ainda o que se constitui em “futilidade” quando pensamos em reanimar um ser humano? É aceito de forma ampla que existe “futilidade” se a reanimação não for oferecer benefício em termos de prolongamento de vida ou qualidade de vida aceitável. Alguns problemas advêm dessa idéia, pois o conceito de qualidade de vida pode variar de acordo com vários fatores como por exemplo características sociais, culturais, econômicas e religiosos. Além disso, apesar de preditores de não sobrevivência após tentativas de reanimação terem sido publicados nenhum deles foi testado em pacientes isolados utilizando metodologias que demonstrem evidências estatísticas ou mesmo clínicas de que são fiéis e podem ser utilizados de fato, salvo em situações terminais em que provavelmente a reanimação sequer seria cogitada. Mais ainda, os estudos sobre reanimação são particularmente dependentes de um sistema de fatores que inclui o tempo de reanimação (tanto o tempo de início dos procedimentos, quanto da duração desses), tempo de desfibrilação (igualmente o tempo para a realização da primeira desfibrilação e quanto tempo o paciente passou sendo desfibrilado), drogas em utilização antes da parada cardiorrespiratória, etc⁸⁻¹⁰.

Inevitavelmente, julgamentos terão de ser feitos e ocorrerão pontos obscuros principalmente quando opiniões subjetivas são necessárias em pacientes com, por exemplo, insuficiência cardíaca com comprometimento respiratório importante, asfixia, traumatismos de grande porte, traumatismos crânio-encefálicos e lesões neurológicas com danos graves e irreversíveis. A idade do paciente pode interferir na decisão, mas devemos ter em mente que a idade é apenas um preditor independente de baixa relevância para sobrevivência na parada cardiorrespiratória. Apesar disso, a idade é associada frequentemente com a prevalência de comorbidades, que de maneira geral têm influência no prognóstico. Por outro lado, muito médicos errarão em intervenções em crianças por razões exclusivamente emocionais ainda que a maioria dos prognósticos sejam piores em crianças do que em adultos. É muito importante, portanto, que haja um perfeito entendimento dos fatores que podem influenciar o sucesso na reanimação para que esta seja iniciada e concluída com o sucesso sempre esperado^{11,12}.

Existem dois grandes grupos de causas consideradas *potencialmente reversíveis* de parada cardiorrespiratória. Estes grupos são conhecidos pelas letras “H” e “T”, sendo denominados de os quatro “H” e os quatro “T”. Essas letras são as letras iniciais, em inglês, destas causas. Os quatro “H” são: 1. *hypoxia* (hipoxemia), 2. *hypovolaemia* (hipovolemia), 3. *hyperkalaemia* (hiperpotassemia) ou *hypocalcaemia* (hipocalcemia) ou *h⁺ (acidaemia)* (acidemia) e 4. *hypothermia* (hipotermia); enquanto os quatro “T” são: 1. *tension pneumothorax* (pneumotórax hipertensivo), 2. *tamponade of heart* (tamponamento cardíaco), 3. *toxic substances or therapeutic substances in overdose* (intoxicação por drogas, terapêuticas ou não), 4. *thromboembolic or mechanical obstruction* (obstrução mecânica ou tromboembolismo pulmonar, coronariano ou de grandes vasos). É importante observar e ter em mente que estes grupos são apenas preditores de potencialidade no sucesso da reanimação. Em muitas ocasiões em que ocorrem, a reanimação pode não apresentar o sucesso desejado¹³.

Sob a ótica do Direito, o Brasil vem caminhando lentamente para um posicionamento já adotado por um grande número de países que considera a autonomia do paciente na escolha de seu

tratamento fundamental no relacionamento deste com o seu médico e a própria equipe de saúde. O Novo Código Civil Brasileiro, que apesar de ter levado quase trinta anos para ser efetivado, apresenta alguma evolução em relação ao anterior, da mesma forma que o próprio Código Penal também, nos últimos anos, apresenta alguma evolução no sentido de permitir uma maior autonomia do paciente em relação ao seu corpo e sua própria vida. A legislação atual apresenta aberturas para que *diretrizes antecipadas* possam se tornar viáveis e a vontade e, principalmente, a autonomia do paciente possam valer e serem postas em prática. As *diretrizes antecipadas* estão sendo consideradas como um “testamento” do paciente para ser utilizado em tratamentos médicos, sendo portanto, como tratamentos médicos, passíveis de obter sucesso ou não. Diante dessa forma de interpretação não há porque fazer distinção entre tratamento em um momento inicial de uma doença ou na fase terminal desta ou de outra doença¹⁴.

As *diretrizes antecipadas*, que até bem pouco tempo encontravam dificuldades extremas para serem aplicadas em nosso país, apesar de se caracterizarem como vontades legítimas do paciente, encontram quatro caminhos para se materializarem atualmente; escritura pública feita em cartório, declaração pública em documento particular, de preferência com firma reconhecida ou declaração feita ao médico assistente, registrada no prontuário e assinada pelo paciente. Em qualquer uma dessas situações poderá haver a necessidade da nomeação de um procurador para tomar as decisões não incluídas nas diretrizes. A quarta alternativa se refere ao paciente que não elaborou *diretrizes antecipadas*, mas declarou a amigos e familiares sua rejeição ao esforço terapêutico nos casos, por exemplo, de estado vegetativo permanente ou de doença terminal: trata-se de justificação testemunhal dessa vontade. Essa via, apesar de poder ser encaminhada também no Brasil, de maneira geral, demanda processos judiciais longos como ocorreu em alguns casos que se tornaram célebres como por exemplo os Casos *Karen Ann Quinlan* e *Terry Schiavo*, este último mais recente, que inclusive insistiu na supremacia do “direito de viver”, quando o caso indicava a necessidade de debater-se o direito de “morrer”, o direito autônomo de deliberar sobre o tempo e o lugar da própria morte. É importante a observação de que o direito de viver não é antagônico ao direito de morrer: compreende na verdade duas dimensões de um mesmo direito. Aliás, o direito de viver já foi, inclusive, objeto de atual consideração da Igreja Católica, a Declaração sobre a Eutanásia (Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé – Cidade do Vaticano, 1980): *de fato, há quem fale do direito “à morte”, expressão que não designa o direito de se dar ou mandar provocar a morte como se quisesse, mas o direito de morrer com toda a serenidade, na dignidade humana e cristã”*.

O sistema jurídico brasileiro assegura o direito de viver e, dentro daquela aparente contradição, não reconhece formalmente o direito de morrer, o que levou a doutrina jurídica a afirmar equivocadamente que não há esse direito entre nós. Viver a vida com autonomia é um direito *potestativo*, que pode ser exercido sem a anuência de terceiros; ninguém precisa da licença de outrem para viver a sua própria vida, mormente em países sem pena de morte. Feita essa exceção, ninguém, nem mesmo o estado, pode impor qualquer restrição a esse direito, razão para chamá-lo de *supremo*.

O chamado *pedido instantâneo* ou a recusa a tratamentos em geral, feito por *diretrizes antecipadas*, denomina-se *Suspensão de Esforço Terapêutico* (SET). A finalidade do SET é afastar um obstáculo para que a morte, naturalmente, instale-se; é suspender a obstinação terapêutica – a distanásia. No Brasil existe suporte para a suspensão do esforço terapêutico na Constituição Federal (art. 1º, III e art. 5º, III) – que reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento do estado democrático brasileiro e diz expressamente: *ninguém será submetido a tortura ou tratamento desumano ou degradante* –, no Código civil, artigo 15 – que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos, - na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 7º, III –



que reconhece o direito à autonomia do paciente – e no código de Ética Médica – que repete esses mesmos princípios legais e ainda proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora um quadro de *emergência médica de salvação*, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer forma de tratamento. Há ainda uma lei excepcional sobre esse tema: a *Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde* do Estado de São Paulo (Lei nº 10.241/99), conhecida como Lei Mário Covas, que assegura em seu art. 2º: *são direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida*¹⁵.

Quando, então, não devemos reanimar?

Não realizar a reanimação significa que, numa situação de parada cardiorrespiratória, as manobras de reanimação não são realizadas: não reanimar significa apenas isso. Outros tratamentos podem ser continuados, em especial, o alívio da dor e a sedação a medida que sejam necessários. Respiração artificial, oxigênio terapia, nutrição, antibióticos, hidratação, drogas vasopressoras, etc são mantidas a medida que sejam indicadas, se elas forem consideradas como importantes ou estejam contribuindo para a qualidade de vida do paciente. Se não estiverem, as *diretrizes* para que não sejam mantidos ou mesmo iniciados os tratamentos devem ser especificados independentemente da *diretriz* que se refere, também especificamente, a não realizar as manobras de reanimação. Por muitos anos as ordens de não reanimação, em vários países, eram escritas apenas pelos médicos, freqüentemente sem nenhuma consulta aos pacientes, parentes ou mesmo a outros membros da equipe de saúde. Atualmente estes requerimentos para esses procedimentos estão bastante claros e muito discutidos em muitos países do mundo.

Por outro lado existem estudos que demonstram que a equipe de saúde envolvida em uma reanimação em que o paciente apresentou uma *diretriz antecipada* específica para não reanimação, porém não existem sinais de irreversibilidade naquela situação de parada cardíaca e respiratória, devem iniciar e manter as manobras de reanimação com a maior habilidade e afinco possível. Somente após terem surgido sinais de irreversibilidade e for apresentado o documento que comprove o desejo prévio do paciente as manobras devem ser interrompidas.

Quem deve decidir não reanimar?

Esta decisão, pela sua importância, normalmente é tomada pelo médico mais experiente que está tratando do paciente naquele momento, depois de consultas apropriadas. É praticamente impossível haver uma decisão tomada por um comitê ou através de discussão ampla, pois em geral as situações de parada cardíaca e respiratória, mesmo quando já previsíveis ocorrem subitamente. As decisões tomadas pela via judicial são demoradas e incertas, particularmente se o sistema legal for contrário a determinadas medidas que visam preservar a autonomia do paciente. Em situações em que haja uma maior dificuldade na tomada de decisão o médico responsável pode, se houver tempo para isso, consultar as sociedades médicas representativas para buscar uma opinião legal sobre a situação.

Quando interromper a reanimação?

A grande maioria das tentativas de reanimação não atinge os objetivos e tem de ser interrompidas. Vários fatores influenciarão a decisão de interromper as manobras de reanimação. Nesses

fatores estão incluídos a história da patologia do paciente e seu prognóstico antecipado, o período que transcorreu entre a parada cardíaca e o início das manobras de reanimação, o intervalo de tempo entre a parada cardíaca e a desfibrilação e o tempo em que são realizadas as manobras avançadas de vida com a continuação da assistolia e a não identificação ou não reversão da causa da parada cardíaca.

Em muitos casos, principalmente paradas cardíacas que ocorrem fora do hospital, a causa da PCR é desconhecida ou não passa de simples suposição e a decisão de iniciar as manobras de reanimação é tomada enquanto são procuradas maiores informações. Se ficar claro que a causa leva a realização de procedimentos fúteis, decide-se, então, pela interrupção das manobras, se o paciente permanece em assistolia quando todo o suporte avançado de vida já foi empregado.

De maneira geral a reanimação deve ser continuada enquanto a fibrilação ventricular persistir. Da mesma forma é aceita a concepção de que uma situação de assistolia mantida por mais de 20 (vinte) minutos sem a identificação de uma causa reversível e com todos os recursos do suporte avançado de vida tendo sido utilizados, a tentativa de reanimação deve ser abandonada¹⁶. Existem, naturalmente, casos que podem fugir a regra geral e estes devem ser tratados de forma individualizada. Pacientes que sofrem PCR fora de hospital tem relacionado a sua sobre-vida, com as funções neurológicas intactas quando se consegue o retorno da circulação espontânea anda no local em que o ocorreu a parada cardiorrespiratória. Em geral, os pacientes com PCR primária, que requerem manobras de reanimação durante o transporte para o hospital raramente sobrevivem sem seqüelas neurológicas¹⁷.

Muitos reanimadores, principalmente os com menos experiência, persistem com as manobras de reanimação por um período maior quando o paciente é uma criança. Esta decisão é normalmente baseada, consciente ou inconscientemente, em motivos sentimentais e geralmente não é justificada por embasamento científico. O prognóstico, após ter se instalada a situação de PCR em crianças, certamente não é melhor e provavelmente é pior do que em adultos.

A decisão de interromper a reanimação deve ser tomada pelo líder do grupo que está oferecendo as manobras. Porém esta decisão deve ser sempre tomada após consulta a todo o grupo, que podem levantar questões que contribuam com a decisão ou não. Atualmente a decisão é baseada no julgamento clínico de que a parada cardíaca não responde cuidados avançados de vida já empregados¹⁸. A conclusão final deve ser alcançada pelo líder do grupo levando em consideração todos os fatos e idéias e tratando de forma amigável, mas firme, qualquer componente do grupo que não concorde com a decisão de interromper a reanimação. É importante observar que as discordâncias podem surgir quando é tomada a decisão de manter reanimação, e também nessa situação, o líder do grupo tem a decisão final em suas mãos.

Quando se considera a interrupção da reanimação atualmente, pode ser necessário levar em consideração um novo fator que é a possibilidade de prolongar a s manobras de reanimação e outras condições que seriam interrompidas para que seja possível a utilização de órgãos deste paciente para doação. Portanto, a manutenção das compressões torácicas, inclusive com a utilização de aparelhos automáticos, e demais manobras de manutenção de oxigenação e circulação podem ser valiosas nessas circunstâncias, apesar de não haver estudos específicos sobre esse aspecto¹⁹. A questão de se iniciar um tratamento com o objetivo de prolongar a vida com o único propósito de manter órgãos para doação vem sendo muito debatido em reuniões sobre ética e a manutenção da vida e há muitas opiniões em diferentes países na Europa em relação a ética deste processo; e até o presente momento não existe um consenso.

E quando a decisão deve ser tomada por técnicos ou paramédicos? O que deve ser transmitidos a esses profissionais? Em vários países muitos casos de PCR são atendidos realmente por



técnicos em emergência ou paramédicos, que certamente terão os mesmos dilemas que uma equipe de saúde com médicos, para determinar se a reanimação naquele momento é fútil e quando ela deve ser interrompida. De forma geral a reanimação é iniciada fora de um hospital a menos que haja uma evidência clara que a contra-indique. Certamente fica claro que a reanimação é fútil em casos de lesão mortal, como decapitação, hemicorporectomia, afogamento com submersão por tempo prolongado, incineração, rigidez ou livor cadavérico e maceração fetal. Nessas situações o indivíduo não médico está fazendo o diagnóstico de morte, mas não a está certificando, o que só pode ser feito no Brasil e em outros países por um médico.

Algumas dúvidas que surgem são exatamente sobre a interrupção das manobras orientadas por paramédicos, pois é impossível imaginar que em toda reanimação existirá um médico imediatamente disponível. Os paramédicos devem ter o treinamento de suporte avançado de vida para que possam declarar a morte após 20 (vinte) minutos quando forem esgotados todos os recursos do suporte e o paciente permanece em assistolia? Ou mesmo interrompendo a reanimação diante de resultados desfavoráveis decorrentes de transporte com reanimação cardiopulmonar? Seria essa atitude uma atuação indevida na área de atuação médica? As opiniões são variadas. Acredita-se, na maioria dos países que a tendência de se oferecer treinamento de alto nível a paramédicos e até outros profissionais é inevitável, visto os benefícios sociais que esta medida pode oferecer. Mas, certamente, ainda há muito que se discutir.

Circunstâncias excepcionais

Em determinadas circunstâncias, como por exemplo hipotermia no momento da parada cardiopulmonar, que ocasionará um aumento de chance para que haja uma recuperação sem dano neurológico, o critério de prognóstico normal (como a ocorrência de assistolia persistente por mais de 20 minutos) não é aplicável.

Intoxicações por algumas substâncias, como anestésicos locais, venosos ou inalatórios, drogas vasoativas assim como o abuso das drogas consideradas ilegais devem ser vistas também como situações de exceção e a reanimação não deve ser interrompida baseada apenas nos critérios básicos já mencionados.

Mais além, a utilização de drogas sedativas pode dificultar a identificação do nível de consciência do paciente que retornou a circulação espontânea.

Referências Bibliográficas

1. Edgren E – The ethics of resuscitation: differences between Europe and the USA-Europe should not adopt American guidelines without debate. *Resuscitation*, 1992;23:85-89
2. Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E – Doctor's authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany, *J Med Ethics*, 2001;27:186-191
3. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P et al – End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*, 2003;290:790-797
4. Baskett PJ, Lim A – The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*, 2004;62:267-273
5. Beauchamp TL, Childress J – Principles of biomedical ethics. 5th Edition. Oxford: Oxford University Press; 2001
6. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983 41st WMA General

Assembly, Hong Kong, September 1989 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000.

<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/helsinki.html>

7. Aasland OG, Forde R, Steen PA – Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation*, 2003;57:312-313
8. Danciu SC, Klein L, Hosseini MM et al – A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation*, 2004;62:35-42
9. Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT – Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 63;145-155
10. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L et al - Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart*, 2004;90:1114-1118
11. Ebell MH – Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract*, 1992;34:551-558
12. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L et al – Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *Am Heart J*, 2005;149:61-66
13. Zipes DP, Wellens HJJ - Sudden Cardiac Death. *Circulation*, 1998;98:2334-2351
14. Gonzáles MAS – Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. *Família e Jurisdição*. 1^a Edição, Belo Horizonte. Ed. Del Rey, 200591-137.
15. Ribeiro DC – Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad Saúde Publica*, 2006;22:1749-1754
16. Bonnin MJ, Pepe PE, Kimball K T et all – Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA*, 1993;270:1457-1462
17. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G – Predicting the out-come of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA*, 1993;270:1433-1436
18. Guidelines-Part 2: Ethical Issues – *Circulation*, 2005; 112, Supplement: IV,6 – IV, 11
<http://gateway.uk.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>
19. Steen S, Liao Q, Pierre L et al – Evaluation of LUCAS, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation*, 2002;55:285-289
20. Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. Newsletter 1996, 2001 and 2006. Royal College of Physicians: London
<http://www.asancep.org.uk/JRCALC/>

