

Mestrado Integrado em Medicina

Ano letivo 2011/2012

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Tema:

Decisão de Não Reanimar

Estudante:

Joana Daniela Lamego Sotto Mayor

E-mail: jsmayor@gmail.com

Orientador:

Dr. Mário Paulo Canastra Azevedo Maia

Chefe de Serviço da Carreira Médica, Hospitalar, Professor Associado Convidado ICBAS/UP

E-mail: paulo_azevedo_maia@net.sapo.pt

Resumo

A Reanimação Cardiopulmonar surge em 1960, para reverter paragens cardíacas, baseada em protocolos e procedimentos simples que englobam a compressão cardíaca e a ventilação pulmonar. Inicialmente com taxas de sucesso próximas aos 95%, rapidamente evoluiu como padrão para os casos de paragem cardíaca em doentes sob regime de internamento, tendo desde então crescido em sofisticação. No entanto, as expectativas relativas ao procedimento, partilhadas por doentes e familiares, têm-se mostrado excessivamente altas.

As limitações da reanimação cardiopulmonar reconhecem-se em 1976 por médicos e doentes, argumentando-se a ponderação da Decisão de Não Reanimar, que se assume em 1980 em vários países, como parte do direito do doente em reivindicar a sua autodeterminação. A decisão de não reanimar implica que perante uma paragem cardíaca as manobras de reanimação não sejam iniciadas, não estando contemplada retenção de outras terapias. O impedimento da reanimação poderá resultar da vontade do doente, da existência de casos em que a reanimação cardiopulmonar não tem indicação e da constatação médica da falta de eficácia da aplicação desse procedimento. Estabelecer uma decisão de não reanimar deverá implicar a sua discussão com o doente e respetiva família, assumindo a comunicação uma função essencial no sentido de assegurar o direito legal e ético do doente e o respeito da sua autonomia. Globalmente fornecerá uma instrução imediata e inequívoca aos profissionais de saúde relativamente à atuação perante uma paragem cardíaca, não interferindo com outro qualquer aspeto do plano de cuidados.

Encontram-se disponíveis orientações sobre decisão de não reanimar há vários anos; no entanto, não existe formação adequada de acordo com os pressupostos de qualidade esperados, suportada por um plano de implementação devidamente estruturado. As diretrizes publicadas asseguram espaço ao julgamento médico, e embora sob o ponto de vista ético se deva procurar equidade para os doentes, a nível clínico estes devem ser individualizados.

Palavras-chave: decisão de não reanimar; reanimação cardiopulmonar; permitir a morte natural.

Abstract

The cardiopulmonary resuscitation was introduced in 1960, to reverse cardiac arrest, based on simple protocols and procedures that encompass cardiac compression and pulmonary ventilation. Initially, delivering a success rate of 95%, it quickly became the standard procedure in cases of cardiac arrest in hospitalized patients, since then improving in sophistication. Nonetheless, the patients and their relatives' expectations concerning this procedure have proved to be exceedingly high.

Doctors and patients recognized the limitations of cardiopulmonary resuscitation in 1976, and the Do Not Resuscitate order started being contemplated. In 1980 several countries had the do not resuscitate order become part of the patient's rights in claiming their self-determination. The do not resuscitate order indicates that medical professionals won't start cardiopulmonary resuscitation maneuvers in case of cardiac arrest. That decision didn't contemplate other therapies. The impediment to resuscitation can result from the patient's will, the existence of cases in which cardiopulmonary resuscitation is not indicated, or the medically verified procedure's lack of effectiveness. A do not resuscitate order should involve its discussion with the patient and their family, given that communication assumes an essential role in ensuring the legal and ethic rights of the patient as well as the respect for their autonomy. Globally, it will provide an immediate and clear instruction to the health care professionals concerning their course of action in case of cardiac arrest, not interfering with any other health care plan's aspect.

Guidance on do not resuscitate orders has been available for several years. However, there is no adequate training in accordance with the expected quality standards, grounded by a well-structured implementation plan. The published guidelines ensure the health care professionals' freedom of judgment and although from an ethical standpoint one should seek equity for the patients, at a clinical level these must be individualized.

Keywords: do-not-resuscitate; cardiopulmonary resuscitation; allow natural death.

Introdução

Em 1974, a Associação Médica Americana propôs que as decisões de não reanimar (DNR) fossem inseridas nos registros médicos e comunicadas a todo o corpo clínico, passando em 1976 a ser descritas pelos primeiros centros onde foram implementadas. Vários autores comentaram a variabilidade da sua interpretação e a diferença de cuidados de que um doente com DNR pode ser alvo. Estabeleceram-se planos de tratamento mais específicos, detalhando-se a adequação individual e a pertinência, possibilitando-se melhor comunicação e documentação das estratégias de tratamento. A DNR implica intenção de renunciar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em caso de paragem cardíaca (PC)⁽¹⁾, não contemplando limitação de outras terapias. Sokol⁽²⁾ aponta problemas envolvidos na DNR: excesso de expectativa de sucesso da RCP; dificuldade de discussão do tema com doentes vulneráveis e suas famílias, limitando a abordagem a um plano de intervenção mais amplo e diferente ponderação das opções terapêuticas para casos de inadequação da RCP. A *Mental Capacity Act* (MCA)⁽³⁾ tornou obrigatória a discussão da DNR com o doente e família, dado até então serem raramente envolvidos. Para facilitá-lo, Obolensky *et. al*⁽⁴⁾, introduziram em 2006 o Plano de Tratamento Escalado [*Treatment Escalation Plan* (TEP)], resultante de uma discussão das opções de tratamento perante um evento de agudização, com o doente competente ou familiar próximo. Estudos^(5,6,7) mostram que os doentes preferem ser envolvidos nas decisões de reanimação, o que reduz os níveis de ansiedade, embora não alterando as dificuldades práticas de proceder a essas num período de 24 horas após admissão. A estratégia da *National Health Service End of Life Care* prevê que as pessoas que se aproximam do fim de vida precisarão de uma avaliação das suas necessidades, discussão de preferências, e acordo quanto ao tipo de cuidados prestados, devendo ser registados num plano de cuidados⁽⁸⁾. A comunicação eficaz é essencial para assegurar-se o direito ético e legal do doente, respeitando-se a sua autonomia. Esta antecipação de cuidados tem importância reconhecida desde 2009 pelo *Royal College of Physicians*⁽⁹⁾ que expõe que “Os centros de saúde e assistência social atuais pautam-se pelos esforços de promoção de cuidados centrados no doente, bem como direito de aceitar ou recusar tratamentos”. A incorporação deste processo na prática clínica surge como tentativa de assegurar que os doentes não sejam alvo de potenciais intervenções inadequadas⁽⁴⁾. No exercício da prática clínica diária constitui um desafio permanente, o envolvimento do doente e do profissional^(10,11,12).

RCP vs DNR

Abordar a DNR, remete-nos à década de 1960 em que alternativamente à toracotomia ou massagem cardíaca, para reversão de uma PC^(13,14), é proposta a RCP, baseada na compressão cardíaca e na ventilação pulmonar. Atingindo inicialmente taxas de sucesso de 95%⁽¹⁵⁾, rapidamente evoluiu como padrão para casos de PC em doentes sob regime de internamento, crescendo progressivamente em sofisticação. A aplicação dos princípios que regem a atuação dos profissionais de saúde à RCP concretiza-se perante PC em que a tentativa ocorre apenas nos casos indicados e devendo todos os doentes que beneficiem dos esforços de ressuscitação ter a esses igual acesso⁽¹⁶⁾. Perante uma emergência pública deve priorizar-se o bem comum relativamente à proteção da autonomia individual, maximizando o número de sobreviventes, o número de anos de vida salvos e as possibilidades individuais de completar os diferentes estágios da vida⁽¹⁷⁾.

A RCP pratica-se com base em consensos internacionais atualizados periodicamente pela *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)*⁽¹⁸⁾. Na Europa, é a *European Resuscitation Council (ERC)* que adequa as recomendações da ILCOR⁽¹⁹⁾. Os atuais princípios subjacentes a estas decisões constam na declaração conjunta da *British Medical Association, Resuscitation Council United Kingdom (UK)* e *Royal College of Nursing* de 2007⁽²⁰⁾.

O sucesso difundido pelos meios de comunicação relativamente à RCP poderá justificar as irrealisticamente altas expectativas de sobrevivência partilhadas por doentes e familiares^(21,22). Gehlbach *et al.*⁽²³⁾ demonstraram que doentes e representantes legais têm uma compreensão deficiente da RCP e o facto de ser praticada em hospitais acresce a expectativa de sucesso. Estudos^(24,25) revelam que a taxa de sobrevivência até à alta hospitalar em doentes submetidos a RCP é baixa. Schneider *et al.*⁽²⁶⁾ verificaram que apenas 15% dos 19.995 doentes que receberam RCP sobreviveram até à alta médica. Peberdy *et al.*⁽²⁷⁾ constataram que a taxa de sobrevivência até à alta hospitalar em 14.720 doentes submetidos a RCP, foi de 17%. Saklayen *et al.*⁽²⁴⁾ demonstraram que a taxa de insucesso imediato (risco do doente não responder à RCP ou morrer dentro de um período de 24 horas) é de 60%. Apesar das estatísticas sobre reanimação parcial serem limitadas, o estudo que compara reanimação parcial e completa, demonstrou que 23% das reanimações completas (104 de um total de 445) sobreviveram até a alta⁽²⁸⁾, enquanto nenhuma das reanimações parciais (0 das 37 totais) o conseguiu. As famílias encararam a RCP como uma forma de “tudo ter sido feito”⁽²⁹⁾. Na revisão realizada por Monzón *et al.*⁽³⁰⁾, sobre “Ética nas decisões de ressuscitação cardiopulmonar”, é referido que a reanimação deve suspender-se em casos de:

1. Recuperação persistente, efetiva e espontânea da circulação;
2. Constatação da vontade do doente em suspender esses esforços;
3. Constatação de uma decisão terapêutica registrada na documentação;
4. Comprovação que a PC é consequência de uma doença ou situação irreversível e sem alternativa terapêutica, que vai pôr fim à vida do indivíduo.

Atualmente a RCP é condição padrão nos Estados Unidos, sendo política hospitalar aplicá-la mesmo sem consentimento prévio do doente, desde que não se verifique qualquer pedido em contrário⁽³¹⁾. Perante a falsa crença de que a RCP deve tentar-se em doentes com PC que recusem DNR, e o julgamento médico concluir em oposição, a literatura ética, apoia a decisão do clínico⁽³²⁾. Desconhece-se se a tentativa de ressuscitação causa sofrimento e se os doentes estarão conscientes ou capazes de recordar o desconforto vivido. Apenas 10% diz lembrar-se de algo que ocorre durante a tentativa de reanimação. Nenhum estudo avaliou se os doentes que sobrevivem à RCP se lembram da experiência ter sido dolorosa ou o grau de satisfação por ter sido tentada.

As DNR podem resultar da vontade do doente (por condições terminais ou que prejudiquem gravemente a qualidade de vida⁽³³⁾); de casos sem indicação para RCP; ou da constatação médica de ineficácia da sua aplicação. Em 1980, a DNR passa a ser percebida em vários países como parte do direito do doente em reivindicar a sua autodeterminação, em contraponto a uma atitude médica que inconscientemente trabalha para uma imortalidade tecnologicamente mediada. Em 1990, Layson e McConnell⁽³⁴⁾ afirmaram que o consentimento para a DNR, nem sempre seria necessário. A DNR é adequada a todos os doentes para os quais os cuidados de fim de vida foram o caminho acordado. Sugerem Calam *et al.*⁽³⁵⁾, que a seleção desses doentes poderia recorrer à determinação do *Prognosis-after-resuscitation (PAR) score* (quanto menor a pontuação PAR, menor a probabilidade de beneficiar da RCP) na primeira semana de internamento. A DNR fornece uma instrução aos profissionais de saúde em que perante situações de PC, não deve proceder-se a RCP, sem interferência com outros aspetos do planeamento de cuidados. Não existem até ao momento critérios padronizados que definam a quem e quando propor uma DNR (apesar de vários levantamentos indicarem que frequentemente os doentes solicitam ocorrência dessas discussões com brevidade⁽³⁶⁾); nem critérios que estabeleçam quem deve propô-la (apesar de maioritariamente se defender que deverão ser os médicos os iniciadores da discussão); nem estão disponíveis programas de formação⁽³⁷⁾. Alguns hospitais possuem políticas individuais. Posteriormente ao estabelecimento dos princípios subjacentes às decisões RCP, o ERC

publicou normas e um formulário utilizados no estabelecimento das DNR, com o propósito de auxiliar a tomada de decisão, em contraposição à ação padrão de iniciar imediatamente a RCP⁽²⁰⁾.

Imhof *et al.*⁽³⁸⁾ verificaram que a decisão RCP/ DNR resulta de um processo com três etapas: 1) fase de decisão implícita [(que se rege por normas institucionais, geralmente em favor da RCP, válidas em salas de emergência e durante as primeiras 24-48 horas de internamento em unidades de cuidados intensivos (UCI), raramente individualizadas; frequentes em enfermarias cirúrgicas e com caráter temporário)]; 2) fase de decisão explícita (que consiste na procura de decisões RCP/ DNR consensuais; iniciada em condições clínicas em deterioração e questionando a decisão implícita; o consenso resulta de quatro parâmetros: a) perícia médica hierárquica; b) perícia médica multilateral; c) autonomia do doente; d) negociação da autonomia do doente); 3) fase de reconsideração das decisões. Um consenso que favoreça a RCP dá maior ênfase à segurança do doente, enquanto favorecendo-se a DNR, a ênfase é atribuída aos seus cuidados. Apesar das diretrizes oficiais recomendarem que deverá ser o médico com maior experiência clínica a tomar a decisão RCP/ DNR⁽³⁹⁾, frequentemente fica a cargo de médicos mais jovens.

Após estabelecida uma DNR, esta deve ser comunicada a todos quantos se encontram envolvidos com o doente⁽³⁰⁾. Recomenda-se o reconhecimento por escrito estabelecendo a *Limitação de Tratamentos de Suporte de Vida* (LTSV), as razões que a justificam e todos os envolvidos na tomada da decisão. Daí que o formulário LTSV proposto pelo grupo de Bioética da *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* (SEMICYUC), relativamente a tipos de limitação, incluía a opção “Não tentar ressuscitação cardiopulmonar”⁽⁴⁰⁾. A reavaliação das DNR deve realizar-se periodicamente⁽³⁰⁾.

Determinantes clínicos e demográficos

Visando identificar determinantes clínicos e demográficos associados a DNR, Cardenas-Turanzas *et al.*⁽⁴¹⁾, verificaram associação entre o tipo de internamento e o número de DNR, sendo este bastante maior para internamentos médicos (76,4%) comparativamente a cirúrgicos (23,6%), assumindo-se o internamento médico como um preditor independente de possuir uma DNR.

Chang *et al.*⁽⁴²⁾ verificaram que entre os fatores mais influentes para iniciar uma DNR em UCI, destacavam-se a idade avançada, ser solteiro, ter filhos adultos como decisores substitutos, incapacidade de sobreviver à alta da UCI e maior tempo de internamento na UCI. A associação entre DNR e idade avançada era consistente com estudos anteriores^(43,44,45,46).

As DNR são frequentemente iniciadas em fase avançada da doença, estando já o doente incapaz de fornecer um consentimento informado. Perante incapacidade de comunicação dos doentes, os determinantes mais fortes na tomada de decisão de retirada do suporte ventilatório são as previsões médicas sobre as probabilidades de sobrevivência, o grau de evolução funcional e a extensão da limitação cognitiva⁽⁴⁷⁾. Becerra *et al.*⁽⁴⁸⁾ verificaram que pior prognóstico/ pior qualidade de vida estimados pelo médico assumiam-se como os mais determinantes preditores independentes, relevando-se a importância da minimização dos erros de avaliação. Goodlin⁽⁴³⁾ verificou, em 2505 PC estudadas, que a presença de comorbidade (neoplasias, disfunção multiorgânica, coma) foi associada à não ressuscitação (em concordância com o estudo de Becerra *et al.*), havendo consenso médico quanto ao estabelecimento de DNR em casos de neoplasias malignas metastizadas^(43,44,45,49), mas divergências face a doenças crónicas progressivas. Cardenas-Turanzas *et al.*⁽⁴¹⁾ verificaram que a raça não-caucasiana associava-se a menor probabilidade de DNR do que a caucasiana, corroborando resultados de outros estudos^(50,51). Sugere-se assim, que minorias étnicas possam perceber os cuidados paliativos e as DNR como limitações inaceitáveis dos tratamentos de suporte de vida. Globalmente, a aceitação da DNR será mais provável em pessoas do sexo feminino, caucasianas, com maior nível de escolaridade, melhor situação socioeconómica e convivência com situações de “quase morte”⁽⁵²⁾.

Enquadramento médico-legal

Relativamente ao enquadramento médico-legal europeu, Kierzek *et al.*⁽⁵³⁾ publicaram que embora o princípio ético da autonomia seja subscrito pela maioria das autoridades, as práticas relativas a DNR variam entre elas. Em França não existem DNR, enquanto no Reino Unido é uma ordem médica^(21,54) em que sempre que possível, deve considerar-se a opinião do doente e família, tal como refere o *General Medical Council* (GMC). O mesmo acontece em diversos estados dos Estados Unidos⁽³²⁾. As associações de médicos e enfermeiros do Reino Unido foram as primeiras na Europa a publicar mutuamente diretrizes sobre a promulgação de DNR em 2001⁽³⁹⁾. As orientações de 2002 da GMC referem que “na generalidade devem ser cumpridos os pedidos do doente para proceder à RCP, embora o médico não seja obrigado a fornecê-lo, caso o considere inútil”⁽³²⁾; se existir razoável hipótese de sucesso na realização da RCP, mas o doente não a deseje, deve o primeiro proceder à DNR. Estas orientações surgem como incentivo a que os médicos informem os doentes relativamente à decisão de avançar com uma DNR⁽³²⁾. Recentemente a *Swiss Academy of Medical Sciences* publicou orientações para o estabelecimento de DNR, integrando doentes e familiares no processo decisório,

favorecendo uma discussão explícita. As diretrizes do ERC referem que as DNR devem envolver equipas multidisciplinares⁽³⁸⁾. Nos Estados Unidos é irrelevante quem dá a ordem, pois uma vez existente, perante uma PC não é tentada a RCP⁽²⁾, mantendo-se apenas as terapias que se mostrem coerentes com os objetivos de atendimento ao doente⁽⁵⁵⁾. Consideram-se barreiras à aplicação da DNR: a falta de prévio planeamento centrado no doente; a relutância do prestador de cuidados em discutir diretivas antecipadas; o desconforto envolto na abordagem do tema; e ainda a falta de tempo e de formação para o fazer⁽³⁷⁾. Siddiqui *et al.*⁽³⁶⁾ relativamente a formação e conforto do médico para as discussões sobre DNR e notícia da morte verificaram que 37% dos entrevistados relataram sentir-se muito confortáveis na abordagem do tema com doentes, 53% referiram baixo conforto e 10% ausência completa de conforto na sua abordagem. Mais de 90% assumiu poder beneficiar de treino formal em comunicação, e do total, apenas 54% tinham recebido algum tipo de formação⁽³⁷⁾.

Em Portugal, a abordagem do tema envolve dificuldades, dado o desconhecimento de alguns determinantes éticos; a cultura do “lutar até à morte”; a falta de orientação de cuidados paliativos; e a existência de preconceitos jurídicos e administrativos^(56,57). Relativamente à posição dos médicos portugueses de UCI sobre decisões de fim de vida, Cardoso *et al.*⁽⁵⁸⁾ concluíram em 2003, que os critérios mais influentes eram a probabilidade de sobrevida a partir do episódio agudo e os desejos do doente. Ainda, médicos com mais de dez anos de prática clínica, tendencialmente envolviam enfermeiros na tomada da decisão, enquanto médicos ateus ou agnósticos referiam envolver os familiares nas decisões de suspender/interromper o tratamento. Todos os entrevistados afirmaram estabelecerem-se DNR nas suas UCI, diferentemente do verificado por Vincent⁽⁵⁹⁾ anos antes, cuja percentagem rondava os 17%, ponderando-se que as crescentes discussões sobre as bases éticas da DNR a sustentem como aplicação prática do princípio da autonomia ou autodeterminação do doente, favorecendo-se o seu estabelecimento. O estudo EURELD⁽⁶⁰⁾ pretendendo avaliar as atitudes médicas relativamente a questões de fim de vida em seis países europeus, revelou que apesar das disparidades quanto à discussão do tema com doentes, familiares e restantes cuidadores, as DNR em meio hospitalar, ocorriam sobretudo em casos de morte não súbita. Mendes *et al.*⁽⁶¹⁾ constataram que a ausência de medidas em curso se associou ao estabelecimento de uma DNR (tomada pelas equipas de emergência médica (EEM) isoladamente ou em conjunto com o médico assistente), bem como a idade avançada e a presença de neoplasia maligna. Ainda, a decisão de não iniciar ou suspender as manobras de RCP, por ser considerada inútil pela EEM, ocorreu em cerca de um terço das ativações por PC.

Importância da comunicação

A problemática inerente à interpretação das palavras proferidas pelos profissionais de saúde dificulta a abordagem de questões de fim de vida⁽⁶²⁾. Scripko *et al.*⁽⁶³⁾, referem que a melhoria da comunicação e as mudanças culturais e educacionais podem evitar sofrimento físico e emocional, possibilitando uma percepção mais realista dos resultados da RCP. Para tal contribuirá o deslocamento do debate sobre futilidade, de um foco de sobrevivência, para os respetivos resultados funcionais⁽⁶³⁾. Exemplo disso é a interpretação de uma DNR como fria e cruel, e que pela conotação negativa, reforça receios de familiares, que pelos entes queridos, não sejam despendidos todos os necessários esforços. Alguns clínicos assumiram que ocasionalmente a DNR era interpretada como “não fazer nada” pelo doente^(48,64,65). Contrariamente, a terminologia “permitir a morte natural” [“allow natural death” (AND)], proposta em 2000 pelo Reverendo Meyers, interpretada como mais humanista e menos negativa, assume-se como permissão à natural ocorrência de um processo de fim de vida^(62,66,67) assegurando às famílias a disponibilização de todas as medidas de conforto⁽⁶⁸⁾. Meyers instituiu o uso de AND no Round Rock Hospital, onde são usadas diretrizes claras para implementação desta terminologia, disponibilizando-se três categorias de atendimento que auxiliam os profissionais a selecionar o tipo de cuidados mais adequado. A primeira inclui o suporte completo, ou seja, reanimação; a segunda, constitui uma forma de AND intermédia, contemplando intervenções acordadas com doentes ou familiares (ventilação mecânica, nutrição artificial, ou administração de fluidos intravenosos); a terceira, inclui medidas de suporte e conforto, com retirada do suporte ventilatório, hidratação, ou nutrição artificial, considerados “difíceis e penosos para o doente terminal”⁽⁶⁹⁾ [esta não seria aplicável em Portugal, tendo em conta o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Regulamento no. 14/2009, da Ordem dos Médicos, Diário da República, no. 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009), que refere no artigo 59º, alínea 5, “Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação; nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar”]. Outras instituições adotaram a mesma terminologia. A mudança terminológica, suportada pela Organização Mundial dos Cuidados Paliativos, não altera as intervenções acordadas, utilizando frases positivas e promovendo maior conforto no ambiente onde a decisão é tomada. Não é unânime que a alteração consista na melhor forma de se enquadrarem as questões de fim de vida e de discuti-las com doentes e familiares^(70,71). Recorda Salladay⁽⁷²⁾, que não é a intervenção constante que torna a AND diferente de uma DNR, mas o objetivo de

proporcionar conforto e controlo da dor. A Lei da Autodeterminação do doente foi promulgada em 1991 e é responsável pelos seguintes direitos:

1. Direito de participar e dirigir as suas próprias decisões sobre cuidados de saúde;
2. Direito de aceitar ou recusar tratamentos médicos ou cirúrgicos;
3. Direito de elaborar uma diretiva antecipada;
4. Direito à informação sobre as políticas que regem a utilização destes direitos.

A AND pode ser mais um passo no processo evolutivo da prestação de assistência humanista. Venneman *et al.*⁽⁶²⁾ realizaram o único estudo que testou a hipótese da mudança terminológica contribuir para uma maior aceitação pelos doentes, e cujo resultado se mostrou favorável, com maior conforto na abordagem pelos profissionais.

É importante relevar os défices de clareza e detalhe envoltos nas discussões de preferências de fim de vida e que podem limitar que essas sejam honradas⁽⁷³⁾. Bergman-Evans *et al.*⁽⁷⁴⁾, expõem que estas decisões, devem estabelecer-se através de um processo com quatro etapas: 1) Identificação das preferências do doente; 2) Comunicação do prognóstico médico; 3) Estabelecimento de um plano de cuidados; 4) Implementação de um plano de gestão que seja compatível com as metas estabelecidas^(75,76).

Independentemente do tipo de abordagem, o médico terá sempre o dever moral de explicar e documentar a sua lógica, e a pertinência do que propõe, dado o carácter ambíguo e as graves implicações sobre a perceção do doente, que colaboram para comprometer a adesão e aceitação de uma DNR⁽⁷⁷⁾. A alteração da forma como estas questões são abordadas, implica uma drástica mudança de paradigma, podendo a alteração da terminologia ser um primeiro passo⁽⁷⁸⁾.

Estabelecer-se uma DNR implica comunicação eficaz entre médicos e doentes, tendo estes acesso à informação necessária e ao cuidado compassivo que respeite as suas preferências sobre modalidades de tratamento. As dificuldades de comunicação poderão traduzir-se em recusa de intervenções^(79,80,81). Verificou-se que apesar da revelação do mau prognóstico, doentes com DNR sentiam-se mais tranquilos por terem uma perspetiva mais clara sobre o futuro (referiam frequentemente “Sinto-me bem porque sei que estão a cuidar de mim”⁽⁵⁵⁾). Habitualmente as decisões baseiam-se num de três aspetos: 1) fatores pessoais refletindo o estilo de vida ou o estado de saúde; 2) fatores relacionais, referentes à família ou à sociedade como um todo; 3) fatores filosóficos, refletindo o que consideram ser o mais adequado. Frequentemente o desejo dos doentes de evitar a reanimação tem o propósito de diminuir a carga emocional e financeira⁽⁵⁵⁾ sobre os familiares.

DNR em doentes oncológicos

Os doentes oncológicos são alvo frequente de discussões sobre DNR sobretudo para formas avançadas da doença, dados os resultados pouco favoráveis da RCP⁽⁸²⁾, descrita neste contexto como prejudicial pelo sofrimento físico causado, perda de dignidade, prolongamento da morte e sofrimento da família⁽⁸³⁾. Estando estes doentes dispostos a discutir cuidados de fim de vida, a DNR assume-se como válida e apropriada^(84,85), daí propor-se que estes, devam discutir-se no momento do internamento, possibilitando expectativas realistas e permitindo a documentação das preferências dos doentes⁽⁸⁶⁾. Maioritariamente estes doentes morrer em estado de *delirium*^(87,88), daí aconselhar-se o recurso a diretivas antecipadas (DA)⁽⁸⁹⁾, representativas da voz do doente quando ainda é capaz de se expressar, minimizando a ansiedade da família e das equipas prestadoras de cuidados⁽⁷⁴⁾. As DA aumentam a precisão da atuação médica numa base hospitalar⁽⁹⁰⁾. Boris Veysman⁽⁵³⁾ descreve que a existência de uma DNR não conhecida aquando da realização de uma RCP, não deve confundir-se com uma DA, e como tal suspensão das medidas de sustentação de vida, em doentes que recuperam o ritmo cardíaco. Barondess⁽⁹¹⁾ verificou que aproximadamente 75% dos americanos são a favor das DA, apesar de apenas cerca de 30% ter realmente preparada uma DA. Perkins⁽⁹²⁾ adverte para o risco destas poderem contribuir para uma visão não realista de controlo do futuro. Bergman-Evans *et al.*⁽⁷⁴⁾ concluíram que a principal razão para o seu incumprimento seja a existência de conflitos familiares.

DNR em UCI

Elevado número de mortes é encontrado em UCI, muitas delas associadas a decisões de suspensão ou retirada de terapêutica médica⁽⁹³⁾. Apesar dos cuidados intensivos estarem reservados a doentes que deles beneficiem, muitos dos que para lá são encaminhados, apresentam-se com instabilidade clínica, desconhecendo-se as suas possibilidades de sobrevivência à admissão⁽⁹⁴⁾. Nos casos pouco ou nada responsivos ao tratamento, o resultado não intencional, é frequentemente proceder a cuidados médicos fúteis, a menos que previamente se tenham estabelecido DNR. Aqui, estas são geralmente assinadas após falha terapêutica, evidência de falência multiorgânica e ausência de esperança de recuperação, tal como demonstram Huang *et al.*⁽⁹⁵⁾, em que todos os doentes internados numa UCI cirúrgica com DNR estabelecida apresentavam períodos longos de internamento em UCI, indiciando que todos os tratamentos tinham sido tentados e só numa fase terminal, acordada a DNR. Para doentes internados nestas unidades, as estratégias de atuação em situação pré-paragem para casos DNR é complexa, podendo gerar-se riscos morais, como recusa de prestação de

tratamentos não contemplados na DNR pelos prestadores de cuidados clínicos⁽⁹⁶⁾. Se uma DNR é mal interpretada e protocolos avançados de suporte de vida são retidos durante situações pré-paragem, pode desencadear-se incompatibilidade com as preferências do doente⁽⁹⁷⁾. Outro risco moral assenta na possibilidade do doente ser alvo de uma reanimação sem benefício ou até prejudicial⁽⁹⁸⁾.

Gouda *et al.*⁽⁹⁹⁾, com o estudo realizado no King Abdulazzi City Medical (um dos poucos hospitais da Arábia Saudita com uma política formal de DNR estabelecida e em vigor desde 1998), em doentes com DNR prévia à admissão na UCI, pretendiam avaliar a adesão médica à política DNR. Segundo esta a DNR significa que os doentes poderão receber todos os tratamentos à exceção da RCP, devendo ser iniciada pelo médico que acompanha o doente e aprovada por mais dois médicos, documentando-se no processo que a decisão foi adequadamente explicada e entendida pelo doente/ familiar responsável. Concluiu-se que os médicos das UCI têm um papel importante na iniciação destas discussões e que com relativa facilidade abordam o tema com doentes e familiares, correlacionando-se diretamente com parâmetros culturais dos países árabes muçulmanos. Assim, a 5ª Conferência do Consenso Internacional (2003) dedicada aos Cuidados Intensivos, recomendou uma abordagem comum do problema, envolvendo a equipa médica e as famílias⁽¹⁰⁰⁾.

Mani *et al.*⁽¹⁰¹⁾ verificaram que entre os diferentes tipos de cuidados de fim de vida (DNR, suspensão terapêutica – *withholding of life support* WH, ou retirada do suporte de vida – *withdrawal of life support* WD) o WH foi o mais frequentemente escolhido, seguido da DNR e por fim a WD. Demonstrou-se que os doentes que optavam por cuidados de fim de vida em detrimento de suporte total, tinham uma permanência duas vezes maior em UCI, sugerindo que internamentos prolongados favorecem estas decisões.

DNR em pediatria

Em pediatria, a tomada de decisões sobre cuidados de fim de vida assume carácter prioritário⁽¹⁰²⁾. Aqui, a prática de DNR assumiu progressivamente maior relevo após o desenvolvimento de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, sendo clínica e eticamente aceites⁽¹⁰³⁾. A decisão de reanimar ou não uma criança, implica idêntica responsabilidade ética e moral^(104,105). Clinicamente, o critério mais utilizado na decisão tem sido a morte eminente, apesar da incerteza da avaliação clínica, tal como recorda Lewetown⁽¹⁰⁶⁾. Considera-se a DNR quando:

1. Avaliação clínica do médico assistente considera que a ressuscitação não beneficia a criança.

2. Os pais ou tutores expressam esse desejo ou dão o seu assentimento ao médico assistente, de acordo com o superior interesse da criança.
3. A decisão é tomada e fundamentada na previsível morte da criança com doença terminal ou questionável qualidade de vida, que culmina numa paragem cardiorrespiratória.

Médicos chamados a prestar cuidados a crianças nestas situações, devem sempre 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⁽¹⁰³⁾. Para alguns pediatras a DNR colide com o princípio da beneficência e o dever profissional de impedir a morte 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^(107,108,109). Defende Engelhardt⁽¹⁰⁹⁾, que o dever de beneficência depende da probabilidade de êxito, qualidade de vida e duração da mesma. Por todas as considerações prévias, recomenda a Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos:

1. Devem ser utilizados todos os meios de ressuscitação em crianças que sofram uma paragem cardiorrespiratória, exceto em situações clínicas em que essas manobras sejam consideradas inúteis e não constituam um benefício para a criança.
2. 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 RCP. Em Pediatria o consentimento informado pelos pais e tutores sobre a DNR deve ser substituído pelo assentimento.
3. Considerando que a família não tem capacidade emocional para tomar uma posição (sideração do sistema psíquico), a equipa médica deverá adotar uma atitude de solicitude, empatia e comunicação, explicando e justificando a decisão que reserva para si, procurando o consenso através do assentimento parental.
4. 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.
5. Sempre que os pais não possam ser incluídos no processo de tomada da 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.

6. 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.
7. A DNR aplica-se exclusivamente à paragem cardiorrespiratória e não impede outras manobras terapêuticas médicas ou cirúrgicas consideradas indicadas, que permitam maior conforto ao doente ou facilitem os cuidados em ambiente hospitalar.

Estas são as decisões mais difíceis de tomar para os pais, dadas as preocupações relativas ao tipo de cuidados recebidos após o estabelecimento da DNR. Baker *et al.*⁽¹¹⁰⁾ constataram que não se verificam alterações na qualidade de cuidados às crianças após a DNR. Podem tranquilizar-se as famílias, não receando mudanças no atendimento médico, devendo encarar-se a DNR como ferramenta cumpridora dos desejos do doente e família, relativamente à não-ressuscitação. Frequentemente as medidas de conforto eram adicionadas após definição da DNR, podendo refletir mudança nas metas de atendimento. O acréscimo de intervenções fortalece a intenção dos médicos em prolongar a vida perante doenças incuráveis, tal como desejam os pais.

Berge *et al.*⁽¹¹¹⁾ verificaram que entre os diferentes tipos de morte registados, o menor número atribuíam-se às que ocorriam na sequência de DNR, sugerindo que as limitações da terapêutica parecem ser melhor aceites pelas famílias que a sua retirada total^(112,113). Estes resultados mostraram-se inferiores aos obtidos noutros estudos^(113,114,115).

Maurer *et al.*⁽¹¹⁶⁾ verificaram que pais que optavam pela continuidade dos tratamentos doença-dirigidos referiam sentir-se compelidos nessa decisão, focando a necessidade de manutenção da vida, enquanto os que decidiam pela DNR, alegavam a qualidade de vida e os desejos do doente como fatores determinantes. Possivelmente as escolhas feitas pelos pais serão influenciadas pelo grau de progressão da doença no momento da decisão, constatando Jaing *et al.*⁽¹¹⁷⁾, que a aceitação da DNR era mais frequente perante a existência de mais do que uma doença maligna.

DNR em doentes mentais

Uma ressalva importante relaciona-se com as DNR em pessoas com transtornos mentais. São aceites e comuns, para doentes em regime de ambulatório, sobretudo para prevenir eventuais tentativas ou até mesmo prática de suicídio⁽³³⁾. As consequências profissionais e institucionais do estabelecimento de uma DNR num doente mental com antecedentes suicidas, e sem doença terminal, são conotadas como preparação para tentativa de suicídio⁽³³⁾. Apesar de também aqui os quatro pilares da ética médica, delineados por

Beauchamp e Childress se mostrarem soberanos, levanta-se um dilema quando é abordado o princípio da autonomia para doentes com patologia psiquiátrica e comprovada incapacidade de decisão. Assim, já alguns hospitais (nomeadamente os que se encontram associados à Southern Illinois University School of Medicine, Springfield) decidiram não honrar DNR que estejam enquadradas em contexto de antecedentes de tentativas suicidárias. Todos aqueles que de boa fé, cumpram uma DNR, mesmo neste particular grupo de doentes, não estarão sujeitos a qualquer responsabilidade civil ou criminal, nem a alegações da conduta profissional. A *Illinois Uniforme DNR Advance Directive* encoraja à revisão periódica do estatuto DNR, especialmente nos casos em que se verifica transferência dos doentes entre diferentes níveis de cuidados sem mudança substancial no estatuto de saúde do doente, ou se essa alterar as suas preferências de tratamento⁽³⁴⁾. Tudo isto evidencia que as leis relativas a DNR não têm em consideração os doentes psiquiátricos, tendo (ou não) essa doença ameaçadora de vida. Desta forma, pela necessidade e pertinência, a curto prazo, dever-se-ão estabelecer orientações específicas, particularmente perante risco de suicídio⁽³⁴⁾.

Recusa da DNR

A DNR destina-se a proteger o doente de tentativas de reanimação não justificadas ou não desejadas pelo próprio. Em adultos, frequentemente a DNR reflete-se num menor número de intervenções médicas, probabilidade de monitorização fisiológica e intervenções agressivas de suporte de vida^(118,119,120,121,122,123), o que pode sugerir que a DNR é uma de uma série de medidas que podem limitar as intervenções médicas no contexto de doença grave ou terminal⁽¹¹⁸⁾.

Chang *et al.*⁽⁴²⁾ realizaram um estudo com o propósito de: comparar o uso de terapias de suporte de vida em doentes com e sem DNR; examinar as terapias de suporte antes e depois da emissão de uma DNR; e determinar os fatores que possam influenciar o início de uma DNR em UCI. Verificaram que relativamente à comparação do uso de terapias em doentes com e sem DNR, os primeiros tinham menor propensão a recebê-las. Comparando a utilização de terapias de suporte antes e após a emissão de uma DNR, verificou-se haver menor probabilidade de serem recebidas após a emissão dessa. Estas conclusões fundamentam grande parte da recusa das DNR.

Parsons *et al.*⁽¹²⁴⁾ verificaram, que a taxa de recusa de DNR em doentes terminais internados em unidades de cuidados paliativos foi baixa, com correlação positiva a parâmetros clínicos (dor severa, náuseas, fadiga), sugerindo que a presença de sintomas intratáveis (com exceção de dispneia, que por razões não totalmente esclarecidas, se associa a maior propensão para ter

uma DNR⁽¹²⁵⁾) poderá constituir um entrave a estas discussões; e demográficos, que em conformidade com o previamente referido, a recusa tenderia a ocorrer em Afro-Americanos, dadas as crenças culturais e religiosas sobre: medidas de prolongamento de vida; desconfiança no sistema de saúde; e medo de tratamento médico inadequado, resultante de prévias desigualdades sociais ^(46,52,126,127,128,129,130,131,132). A existência de uma DA, mais frequente em caucasianos⁽¹³³⁾, foi associada a maior propensão à aceitação da DNR⁽¹³⁴⁾. Ainda, médicos com experiência em cuidados paliativos eram menos propensos a propor RCP, pela baixa probabilidade de êxito e importante risco de sequelas. A recusa de DNR é mais frequente em doentes admitidos diretamente em unidades de cuidados paliativos, comparativamente aos que para essa são transferidos, um dia após internamento geral, possivelmente pela menor oportunidade e intervalo de tempo, para discutir prognóstico e opções de tratamento. Habitualmente as discussões surgem num período de 0-3 dias antes da morte do doente, na sequência de: irreversível mau prognóstico; limitadas opções de tratamento; ou situações de morte eminente ^(131,135,136). Os doentes que recusam DNR parecem ser uma fonte de angústia e ansiedade para as equipas de cuidados paliativos e de encargos financeiros para as famílias e hospitais.

Goldfinger *et al.*⁽¹³⁷⁾, verificaram que doentes com Insuficiência Cardíaca (IC) tem uma probabilidade 10 vezes menor de aceitar a DNR comparativamente àqueles com cancro, mesmo perante prognóstico semelhante⁽¹³⁸⁾. A maioria dos doentes com IC prefere a reanimação, sendo que os que aceitam a DNR são frequentemente idosos, com perceção de pior prognóstico, expectativa de vida inferior a dois meses, pior estado funcional e menores rendimentos⁽¹³⁷⁾.

O processo evolutivo de aceitação da DNR é influenciado por parâmetros culturais como constataram Teno *et al.*⁽¹³⁹⁾, em que mudanças culturais decorridas entre 1999-2007 se traduziram em maior facilidade de aceitação da DNR com redução do internamento terminal, sobretudo na última semana de vida (um aumento de 10% da taxa de aceitação da DNR, envolveu uma redução de 0,56% da taxa de internamento terminal).

Referem Pang *et al.*⁽¹⁴⁰⁾, que os fatores que mais afetam estas decisões são: a capacidade ou não de aceitar a progressão da doença; confiança no corpo clínico envolvido; perceção de sobrecarga para a família; encargos financeiros; vontade de viver; e preferência pela morte natural. De acordo com os estudos de Hanson e Rodgman⁽¹⁴¹⁾, a aceitação da DNR era mais provável em pessoas do sexo feminino, caucasianos, maior nível de escolaridade, melhor situação socioeconómica e convivência com situações de “quase morte”.

Tratamento útil vs Futilidade terapêutica

O principal objetivo de um tratamento é beneficiar o doente ajudando a restaurar a saúde, maximizando o benefício e minimizando o dano. Sendo consensual a realização da RCP, perante causa reversível de PC, persistem incertezas quanto ao momento em que deixa de ser válido tentá-la. Entre as razões apontadas para integração na definição desse momento, enfatiza-se a reduzida hipótese de sobrevivência, associada ao conceito de futilidade e que tem sido usado para justificar a DNR. Globalmente, quando um tratamento não alcança o objetivo para o qual foi proposto, considera-se fútil, aplicando-se o conceito de futilidade terapêutica⁽¹⁴²⁾. Quantitativamente, a futilidade define-se quando um tratamento tem menos de 1% de hipóteses de alcançar o seu objetivo fisiológico, sendo a base da definição do conceito, que segundo Troug *et al.*⁽¹⁴³⁾, menos influência sofre de valores pessoais, apesar da restrita aplicação a um grupo de doentes.

Skrifvars *et al.*⁽¹⁴⁴⁾ alegam que o conceito de futilidade tem aplicação limitada para DNR, dada a dificuldade do clínico em determinar quando a RCP é inútil e os principais fatores de impacto considerados prenderem-se com o prognóstico imediato das medidas de reanimação. Truog⁽²⁹⁾ recorda que nenhum médico tem obrigação de executar RCP caso a considere fútil e a inexistência de uma obrigação de prestação de tratamentos não implica recusa desses. Slosar⁽¹⁴⁵⁾ refere que a alegação da obstinação terapêutica é baseada na noção que a futilidade médica é defensável quando baseada em boas estatísticas e no melhor julgamento clínico. Brody⁽¹⁴⁶⁾ propôs quatro justificações para fundamentar a retirada de tratamentos considerados fúteis:

1. Os objetivos da medicina são curar o doente e reduzir-lhe o sofrimento. Oferecer tratamentos que não alcançam esses objetivos é subverter os objetivos da medicina;
2. Os médicos estão obrigados a manter altos níveis de competência, de tal forma que oferecer tratamentos ineficazes, desvia-os dos padrões profissionais;
3. A população perderá confiança nos médicos que disponibilizem tratamentos ineficazes;
4. Aceita-se que os médicos possam produzir dano nos seus doentes caso haja possibilidade razoável de beneficiá-los, caso não haja, convertem-se em agentes provocadores de dano.

Por tudo isto, foi demonstrado que muitas vezes os médicos não compreendem a preferência pela reanimação de pessoas hospitalizadas e gravemente doentes⁽¹¹⁵⁾.

Como contribuir para uma melhoria da abordagem e da intervenção

Tsang⁽⁷⁷⁾ sugere algumas medidas que poderão contribuir para uma melhor gestão das discussões DNR:

- Após a discussão e estabelecimento da DNR, esta deverá ser seguida pelo adequado nível de cuidados, sobretudo em doenças cardiopulmonares avançadas.
- Os cuidados prestados devem ser os compatíveis com a situação clínica do doente, sem assumi-los como paliativos, a menos que corpo clínico e família acordem nesse sentido.
- Cada médico deve refletir sobre o padrão das suas práticas, e as consequências éticas e médicas das mesmas.
- Cada hospital deveria nomear um grupo de clínicos, preferencialmente com formação a nível cardiopulmonar, para estar no imediato disponível a abordar questões de fim de vida com doentes e familiares, prestando-lhes o necessário apoio.
- Embora, não erradas, algumas decisões são precipitadamente influenciadas por limitações orçamentais dos doentes, daí sugerir-se o estabelecimento de um montante de apoio a estes casos.

Discussões multidisciplinares são necessárias à resolução de complexas questões éticas e práticas que envolvam cuidados de fim de vida; ensino dos princípios bioéticos; gestão e entendimento dos efeitos da evolução clínica do doente e avaliação da capacidade decisória perante confrontação com a necessidade de aceitação ou recusa de intervenções em final de vida (Lei da Autodeterminação dos doentes)⁽¹⁴⁷⁾.

Quando uma DNR é posteriormente anulada, o período de tempo e as circunstâncias sob as quais deve ser repromulgada, devem ser especificadas⁽¹⁴⁸⁾, mantendo o doente capacidade decisória e total liberdade para a qualquer momento, decidir revogar a autorização sobre uma DNR anterior⁽¹⁴⁷⁾.

DNR em contexto pré-hospitalar

As DNR estabelecidas em contexto pré-hospitalar, permitem a paramédicos honrar pedidos verbais e escritos dos doentes⁽¹⁴⁸⁾. Está limitada a subgrupos de doentes específicos, verificando-se apenas em três estados dos Estados Unidos, serviços de emergência médica (EMS) que identificam os doentes cuja situação clínica é compatível com uma DNR e iniciam formulários DNR pré-hospitalar sem a assinatura de um médico^(149,150,151). Em 2006, Feder *et al.*⁽¹⁵²⁾ descreveram uma diretriz pré-hospitalar implementada em King County, destinada a

honrar pedidos DNR verbais ou escritos para casos de PC em adultos, com doença terminal conhecida. Em 2001, o *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care* (MOHLTC), autorizou o *Medical Advisory Committee of the Ontario Base Hospital Group* a desenvolver diretrizes permitindo a paramédicos honrar as preferências dos doentes fora das instalações hospitalares. A diretiva foi projetada e implementada em 2002⁽¹⁴⁸⁾, e em 2003 estendida a todos os paramédicos, aplicando-se a todos os doentes em PC. Mengual *et al.*⁽¹⁴⁸⁾ concluíram que a satisfação de paramédicos e decisores substitutos quanto à acessibilidade aos protocolos foi alta em ambos os casos, sugerindo viabilidade na sua implementação, não podendo extrapolar-se estes resultados a todas as situações de PC.

DNR parciais

As DNR parciais baseiam-se no estabelecimento antecipado das pretensões do doente relativamente à reanimação. A abordagem do tema é problemática, nomeadamente pela dificuldade de limitação comparativamente ao abrangido por uma DNR. Dumot *et al.*⁽²⁸⁾ sugerem uma prevalência correspondente a 10% de todas as DNR, estando possivelmente em crescimento⁽¹⁵³⁾. As orientações disponibilizadas por organizações médicas e bioéticas quase não referem DNR parciais. Os benefícios terapêuticos dependerão da combinação daqueles que estejam indicados para a condição do doente. Uma DNR parcial considerada não terapêutica, constitui uma ação tomada intencionalmente para apaziguar psicologicamente familiares e pessoas envolvidas no atendimento ao doente, dado não fornecer qualquer benefício⁽⁹⁶⁾. O efeito psicológico para familiares ou para o doente não constitui justificação à sua realização⁽¹⁵⁴⁾. Apesar de informados sobre o pobre prognóstico do doente, os decisores frequentemente recusam a suspensão da reanimação⁽¹⁵⁵⁾. Com questionáveis benefícios terapêuticos, a DNR parcial compõe-se de listas de intervenções médicas a partir das quais é feita a escolha dos decisores⁽¹⁵⁶⁾. As DNR parciais poderão contradizer a intenção de tratamento individual adaptado aos desejos individuais e condições do doente, dado ser impossível prever todas as situações pré-paragem. Diminuindo o número de DNR parciais, poderão concretizar-se desejos e objetivos do doente, encorajando-se a maior antecedência na ocorrência destas discussões⁽¹⁵⁷⁾.

Conclusão

Uma DNR permite uma morte natural, no caso de apenas ocorrer uma PC. Para alguns decisores, políticos e prestadores de cuidados, representa um limite à prática de intervenções agressivas, independentemente do estado de saúde de quem delas é alvo. É legal e eticamente aceitável, não devendo confundir-se com eutanásia ou suicídio assistido.

Em casos de escassa probabilidade de sobrevivência ou de manutenção de uma qualidade de vida inaceitável após PC, a RCP é considerada fútil, devendo encorajar-se o estabelecimento de uma DNR. Caso a PC resulte do agravamento de uma doença conhecida, a DNR deve ser englobada num TEP, sobretudo em doenças crónicas com declínio previsível.

As orientações sobre DNR encontram-se disponíveis há bastantes anos, não tendo havido investimento suficiente na adequada formação e prática das mesmas de acordo com os esperados pressupostos de qualidade. Dentro das diretrizes publicadas, existirá sempre espaço ao julgamento médico e embora cada doente não deva ser eticamente individualizado, deverá sê-lo sob o ponto de vista clínico.

É válido concluir que a medicina pode ser vítima dos seus sucessos. No entanto, assegurando uma relação médico-doente baseada em valores como lealdade e honestidade poder-se-ão explorar as potencialidades da tecnologia, dentro de uma prática médica alicerçada, objetivando sempre o melhor interesse do doente.

Bibliografia

- 1- Cohen RI, Lisker GN, Eichorn A, Multz AS, Silver A. The impact of do-not-resuscitate order on triage decisions to a medical intensive care unit. *J Crit Care.* 2009; 24 (2): p. 311–315.
- 2- Sokol D. The death of DNR. *BMJ.* 2009; 338: p. 1723.
- 3- Mental Capacity Act 2005 (c.9) London: HMSO.
- 4- Obolensky L, Clark T, Matthew G, Mercer M. A patient and relative centred evaluation of treatment escalation plans: a replacement for the do-not-resuscitate process. *J Med Ethics.* 2010; 36 (9): p. 518-520.
- 5- Bruce-Jones P, Roberts H, Bowker L, Cooney V. Resuscitating the elderly: what do the patients want? *J Med Ethics.* 1996; 22 (3): p. 154-159.
- 6- Morgan R, King D, Prajapati C, Rowe J. Views of elderly patients and their relatives on cardiopulmonary resuscitation. *BMJ.* 1994; 308 (6945): p. 1677-1678.
- 7- Gorton AJ, Jayanthi NV, Lepping P, Scriven MW. Patients' attitudes towards "do not attempt resuscitation" status. *J Med Ethics.* 2008; 34 (8): p. 624-626.
- 8- Department of Health- London. NHS End of Life Care Strategy - Promoting high quality care for all adults at the end of life. 2008; 12: section 14.
- 9- Conroy S, Fade P, Fraser A, Schiff R. Concise Guidance to good practice - A series of evidence-based guidelines for clinical management. 2009; p. 2-10.
- 10- Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Troug RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med.* 2003; 31(5): p. 1543–1550.
- 11- De Gendt C, Blisen J, Vander Stichele R, Lambert M, Van Den Noortgate N, Deliens L. Do-not-resuscitate policy on acute geriatric wards in Flanders, Belgium. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(12): p. 2221–2226.
- 12- Ebrahim S. Do not resuscitate decisions: flogging dead horses or a dignified death? Resuscitation should not be withheld from elderly people without discussion. *BMJ.* 2000; 320(7243): p. 1155–1156.
- 13- Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA.* 1960; 173: p. 1064-1067.
- 14- Jude JR, Kouwenhoven WB, Knickerbocker GG. A new approach to cardiac resuscitation. *Ann Surg.* 1961; 154: p. 311-319.
- 15- Jude JR, Kouwenhoven WB, Knickerbocker GG. Cardiac arrest. Report of application of external cardiac massage on 118 patients. *JAMA.* 1961; 178: p. 1063-1070.
- 16- American College of Emergency Physicians. Ethical issues of Resuscitation. *Ann Emerg Med.* 1992; 21(10): p. 1277.
- 17- White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009; 150 (2): p. 132–138.

- 18- International Liaison Committee on Resuscitation. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*. 2005; 67 (2-3): p. 181–314.
- 19- European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. *Resuscitation*. 2005; 67(Suppl 1): p. 1–89.
- 20- Pitcher D. Training is needed to dispel confusion around DNAR. *BMJ*. 2009; 338: p. 2021.
- 21- Fritz Z, Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects. *J Med Ethics*. 2010; 36 (10): p. 593-597.
- 22- Diem SJ, Lantos JD, Tulskey JA, et al. Cardiopulmonary resuscitation on television: Miracles and misinformation. *N Engl J Med*. 1996; 334(24): p. 1578–1582.
- 23- Gehlbach TG, Shinkunas LA, Hoffman VLF, Thomas KW, Schmidt GA, Kaldjian LC. Code Status Orders and Goals of Care in the Medical Intensive Care Unit. *Chest*. 2011; 139 (4): p. 802-809.
- 24- Saklayen M, Liss H, Markert R. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: Survival in hospital and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 1995; 74 (4): p.163-175.
- 25- Tsang JYC. The DNR Order: What Does it Mean? *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med*. 2010; 4: p.15-23.
- 26- Schneider AP, Nelson DJ, Brown DD. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: A 30-year review. *J Am Board Fam Pract*. 1993; 6 (2): p. 91–101
- 27- Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 58 (3): p. 297–308.
- 28- Dumot JA, Burval DJ, Sprung J, Waters JH, Mraovic B, Karafa MT, et al. Outcome of adult cardiopulmonary resuscitations at a tertiary referral center including results of “limited” resuscitations. *Arch Intern Med*. 2001; 161 (14): p. 1751–1758
- 29- Troug RD. The Conversation Around CRP/DNR Should Not Be Recived-At Least for Now. *Am J Bioeth*. 2010; 10 (1): p. 84-85.
- 30- Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Martin AC, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resuscitación cardioplumonar. *Med Intensiva*. 2010; 34(8): p. 534-549.
- 31- Smith GP. Euphemistic codes and tell-tale hearts: Humane assistance in end-of-life cases. *Health Matrix Clevel*. 2000; 10 (2): p. 175–203.
- 32- Bishop JP, Brothers KB, Perry JE, Ahmad A. Reviving the Conversation Around CPR/DNR. *Am J Bioeth*. 2010; 10 (1): p. 61-67.
- 33- Cook R, Pan O, Silverman R, Soltys S. Do-Not-Ressuscitate Orders in Suicidal Patients: Clinical, Ethical, and Legal Dilemmas. *Psychosomatics*. 2010; 51 (4): p. 277-282.

- 34- Layson, RT, McConnell T. Must consent always be obtained for a do-not-resuscitate order? *Arch Intern Med.*1996; 156(22): p. 2617–2620.
- 35- Calam B, Andrew R. CPR or DNR? End-of-life decision making on a family practice teaching ward. *Can Fam Physician.* 2000; 46: p. 340-346.
- 36- Johnston SC, Pfeifer MP, McNutt R. The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. End of Life Study Group. *Arch Intern Med.* 1995; 155(10): p. 1025-1030.
- 37- Siddiqui MF, Holley JL. Residents Practices and Perceptions About Do Not Resuscitate Orders and Pronouncing Death: An Opportunity for Clinical Training. *Am J Hosp Palliat Care.* 2011; 28(2): p. 94-97.
- 38- Imhof L, Imhof RM, Janisch C, Kesselring A, Zenklusen RZ. Do not attempt resuscitation: the importance of consensual decisions. *Swiss Med Wkly.* 2011; 141: p. 13157.
- 39- British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. A joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. 2007; p. 6-22.
- 40- Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MC, Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones en el tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva.* 2008; 32 (3): p. 121–33.
- 41- Cardenas-Turanzas M, Gaeta S, Ashoori A, Price KJ, Nates JL. Demographic and Clinical Determinants of Having Do Not Resuscitate Orders in the Intensive Care Unit of a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med.* 2011; 14(1): p. 45-50.
- 42- Chang Y, Huang C, Lin C. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. *Nurs Ethics.* 2010; 17(4): p. 445-455.
- 43- Goodlin SJ, Zhong Z, Lynn J, Teno JM, Fago JP, Desbians N, et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. *JAMA.* 1999; 282 (24): p. 2333-2339.
- 44- Hakim RB, Teno JM, Harrel FE, Knaus WA, Wenger NS, Phillips RS, et al. Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients' preferences, prognoses, and physicians' judgments. *Ann Intern Med.* 1996; 125 (4): p. 284-293.
- 45- Sinuff T, Cook DJ, Rocker GM, Griffith LE, Walter SD, Fisher MM, et al. DNR directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Can J Anesth.* 2004; 51 (10): p. 1034-1041.
- 46- Cook DJ, Guyatt G, Rocker G, Sjøkvist P, Weaver B, Dodek P, et al. Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive-care unit: an international observational study. *Lancet.* 2001; 358 (9297): p. 1941–1945.

- 47- Cook D, Rucker G, Marshall J, Sjøqvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003; 349 (12): p. 1123–1132.
- 48- Becerra M, Hurst SA, Perron NJ, Cochet S, Elger BS. “Do Not Attempt Resuscitation” and “Cardiopulmonary Resuscitation” in an Inpatient Setting: Factors Influencing Physicians Decisions in Switzerland. *Gerontology*. 2011; 57 (5): p. 414-421.
- 49- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005; 330 (7498): p. 1007-1011.
- 50- Cesta MA, Cardenas-Turanzas M, Wakefield C, Price KJ, Nates JL. Life-supportive therapy withdrawal and length of stay in a large oncologic intensive care unit at the end of life. *J Palliat Med*. 2009; 12 (8): p. 713–718.
- 51- Barnato AE, Anthony DL, Skinner J, Gallagher PM, Fisher ES. Racial and ethnic differences in preferences for end-of-life treatment. *J Gen Intern Med*. 2009; 24 (6): p. 695–701.
- 52- Hanson LC, Rodgman E. The use of living wills at the end of life. A national study. *Arch Intern Med*. 1996; 156 (9): p. 1018-1022.
- 53- Kierzek G, Rac V. DNR And Advance Directives: International Perspective. *Health Aff*. 2010; 29 (5): p. 1080.
- 54- General Medical Council. Withholding and withdrawing— guidance for doctors. London: GMC; 2006.
- 55- Downar J, Luk T, Sibbald RW, Santini T, Mikhael J, Berman H, et al. Why Do Patients Agree to a “Do Not Resuscitate” or “Full Code” Order? Perspective of Medical Inpatients. *J Gen Intern Med*. 2011; 26 (6): p. 582-587.
- 56- Mani RK. End of life care in India. *Intensive Care Med*. 2006; 32: p. 1066–1068.
- 57- Barnett VT, Aurora VK. Physician beliefs and practices regarding end of life care in India. *Indian J Crit Care Med*. 2008; 12 (3): p. 109–115.
- 58- Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care Med*. 2003; 7 (6): p. 167-175.
- 59- Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999; 27 (8): p. 1626-1633.
- 60- Van Delden JJM, Löfmark R, Deliens L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, et al. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med*. 2006; 34 (6): p. 1686-1690.
- 61- Mendes A, Cravalho F, Dias C, Granja C. Paragem Cardíaca Intra-hospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-Hospitalar Organizada. *Rev Port Cardiol*. 2009; 28(2): p. 131-141.
- 62- Venneman SS, Narnor-Harris P, Perish M, Hamilton M. “Allow natural death” versus “do not resuscitate”: three words that can change a life. *J Med Ethics*. 2008; 34 (1): p. 2-6.

- 63- Scripko PD, Greer DM. Practical Considerations for Reviving the CPR/DNR Conversation. *Am J Bioeth.* 2010; 10 (1): p.74-75.
- 64- Ghusn HF, Teasdale TA, Boyer K. Characteristics of patients receiving or foregoing resuscitation at the time of cardiopulmonary arrest. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45 (9): p. 1118–1122.
- 65- Charlson ME, Sax FL, MacKenzie CR, Fields SD, Braham RL, Douglas G. Resuscitation: how do we decide? A prospective study of physicians' preferences and the clinical course of hospitalised patients. *JAMA.* 1986; 255 (10): p. 1316–1322.
- 66- Knox C, Vereb JA. Allow natural death: a more humane approach to discussing end-of-life directives. *J Emerg Nurs.* 2005; 31 (6): p. 560-561.
- 67- Stecher J. “Allow natural death” vs. “do not resuscitate”. *Am J Nurs.* 2008; 108 (7): p. 11.
- 68- Meyers C. A new designation for allowing natural death (AND). Hospice Patients Alliance Web site. <http://www.hospicepatients.org/and.html>. Accessed September 14, 2011.
- 69- HPA (Hospice Patients Alliance) <http://www.hospicepatients.org/and>. html. [Accessed 2011 September 14].
- 70- Chessa F. “Allow natural death”—not so fast. *Hastings Cent Rep.* 2004; 34 (5): p. 4.
- 71- Chen YY, Youngner SJ. “Allow natural death” is not equivalent to “do not resuscitate”: a response. *J Med Ethics.* 2008; 34 (12): p. 887-888.
- 72- Salladay SA. DNR alternative: making plans to allow natural death. *Nursing.* 2002; 32(5): p. 24-25.
- 73- McDonald DD, Deloge JA, Joslin N, Petow WA, Severson JS, Votino R, et al. Communicating end-of-life preferences. *West J Nurs Res.* 2003; 25 (6): p. 652-666.
- 74- Bergman-Evans B, Kuhnel L, McNitt D, Myers S. Uncovering Beliefs and Barriers: Staff Attitudes Related to Advance Directives. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008; 11: p. 347-353.
- 75- Fischer GS, Arnold RM, Tulsky JA. Talking to the older adult about advance directives. *Clin Geriatr Med.* 2000; 16 (2):239-254.
- 76- Zweig S, Mehr DR. Helping older patients and their families decide about end-of-life care. *Mo Med.* 2003; 100 (1): p. 62-68.
- 77- Tsang JYC. The DNR Order: What Does it Mean? *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med.* 2010; 4: p. 15-23.
- 78- Jones BL, Parker-Raley J, Higginson R, Christie LM, Legett S, Greathouse J. Finding the right words: using the terms allow natural death (AND) and do not resuscitate (DNR) in pediatric palliative care. *J Healthc Qual.* 2008; 30(5): p. 55-63.
- 79- Von-Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA.* 2000; 284(23): p. 3051-3057.
- 80- Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand

- Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med.* 1997; 127(1): p. 1-12.
- 81- Wenger NS, Phillips RS, Teno JM, Oye RK, Dawson NV, Liu H, et al. Physician understanding of patient resuscitation preferences: insights and clinical implications. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(5 Suppl): p. 44-51.
- 82- Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF, Webb FJ, Alvarez ER, Wilson GR. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *Resuscitation.* 2006; 71 (2): p. 152-160.
- 83- Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *J Med Ethics.* 2000; 26 (5): p. 396-399.
- 84- Kai I, Ohi G, Yano E, Kobayashi Y, Miyama T, Niino N, et al. Communication between patients and physicians about terminal care: a survey in Japan. *Soc Sci Med.* 1993; 36 (9): p. 1151-1159.
- 85- Schwartz DA, Reilly P. The choice not to be resuscitated. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34 (11): p. 807-811.
- 86- Varon J, Marik PE. Cardiopulmonary resuscitation in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007; 24: p. 224-229.
- 87- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000;160 (6): p. 786-794.
- 88- Brown BA. The history of advance directives. A literature review. *J Gerontol Nurs.* 2003; 29: p. 4-14.
- 89- McMurray RJ, Clarke OW, Barrasso JA, Clohan DB, Epps CH, Glasson J, et al. Decisions near the end of life. *JAMA.* 1992; 267 (16): p. 2229-2233.
- 90- Coppola KM, Ditto PH, Danks JH, Smucker WD. Accuracy of primary care and hospital-based physicians' predictions of elderly outpatients' treatment preferences with and without advance directives. *Arch Intern Med.* 2001; 161 (3): p. 431-440.
- 91- Frampas E, Videcoq M, de Kerviler E, Ricolfi F, Kuoch V, Mourey F, et al. CT Angiography for brain death diagnosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2009; 30 (8): p. 1566-1570.
- 92- Perkins HS. Controlling death: the false promise of advance directives. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (1): p. 51-57.
- 93- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003; 290 (6): p. 790-797.
- 94- Janssen van Doorn K, Diltoer M, Spapen H. Do-not-resuscitate orders in the critically ill patient - an observational study with special emphasis on withholding of renal replacement therapy. *Acta Clin Belg.* 2008; 63 (4): p. 221-226.

- 95- Huang Y, Huang S, Ko E. Survey of Do-not-resuscitate Orders in Surgical Intensive Care Units. *J Formos Med Assoc.* 2010; 199(3): p. 201-208.
- 96- Berger JT. Ethical challenges of partial do not- resuscitate (DNR) orders: Placing DNR orders in the context of a life-threatening conditions care plan. *Arch Intern Med.* 2003; 163 (19): p. 2270–2275.
- 97- Gelbman BD, Gelbman JM. Deconstructing DNR. *J Med Ethics.* 2008; 34 (9): p. 640–641.
- 98- Crawley L, Payne R, Bolden J, Payne T, Washington P, Williams S, et al. Palliative and end-of-life care in the African American community. *JAMA.* 2000; 284 (19): p. 2518–2521.
- 99- Gouda A, Al-Jabbary A, Fong L. Compliance with DNR policy in a tertiary care center in Saudi Arabia. *Intensive Care Med.* 2010; 36 (12): p. 2149-2153.
- 100-Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox PN, Hill NS, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: statement of the 5th international consensus conference in critical care: Brussels, Belgium, April 2003: executive summary. *Crit Care Med.* 2004; 30 (8): p. 770–784.
- 101-Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK, et al. End-of-life decisions in an Indian Intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2009; 35 (10): p. 1713-1719.
- 102-Hinds PS, Schum L, Baker JN, Wolfe J. Key factors affecting dying children and their families. *J Palliat Med.* 2005; 8(Suppl 1): p. 70–78.
- 103-Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos. Decisão de Não Reanimar: Reflexões, Consensos e Orientações. *Acta Pediatr Port.* 2006; 1 (37): p. 32-34.
- 104-Vale MC. O Problema da Morte *in* A Ética em Pediatria: reflexões sobre Autonomia. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2001; p. 117-128.
- 105-Vale MC. Ética e Mortalidade. *Acta Pediatr Port.* 2000; 31: p. 97-99.
- 106-Rabkin MT, Gillerman JD, Rice NR. Orders not to resuscitate. *N Engl J Med.* 1976; 295 (7): p. 390-391.
- 107-Vale MC, Estrada J, Santos M, Marques A, Ventura L, Ramos J, et al. Mortalidade numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Análise e Algumas Considerações Éticas. *Acta Pediatr Port.* 2000; 32: p. 77-82.
- 108-Vale MC. As Difíceis Escolhas do Intensivista. *Acta Pediatr Port.* 2005; 36: p. 81-89.
- 109-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. p. 347-349.
- 110-Baker JN, Kane JR, Rai S, Howard SC, Hinds PS. Changes in Medical Care at a Pediatric Oncology Referral Center after Placement of a Do-Not-Resuscitate Order. *J Palliat Med.* 2010; 13(11): p. 1349-1352.
- 111-Berger J, Bekker DAHG, Plötz FB. Circumstances surrounding dying in the paediatric intensive care unit. *BMC Pediatr.* 2006; 6: p. 22.

- 112-Althabe M, Cardigni G, Vassallo JC, Allende D, Berrueta M, Codermatz M, et al. Dying in the intensive care unit: collaborative multicenter study about forgoing life-sustaining treatment in Argentine pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med*. 2003; 4 (2): p.164-169.
- 113-Garros D, Rosychuk RJ, Cox PN. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2003; 112 (5): p. 371.
- 114-Martinot A, Grandbastien B, Leteurtre S, Duhamel A, Leclerc F. No resuscitation orders and withdrawal of therapy in French paediatric intensive care units. *Groupe Francophone de Reanimation et d'Urgences Pediatriques. Acta Paediatr*. 1998; 87 (7): p. 769-773.
- 115-van der Wal ME, Renfurum LN, van Vught AJ, Gemke RJ. Circumstances of dying in hospitalized children. *Eur J Pediatr*. 1999; 158 (7): p. 560-565.
- 116-Maurer SH, Hinds PS, Spunt SL, Furman WL, Kane JR, Baker JN. Decision Making by Parents of Children With Incurable Cancer Who Opt for Enrollment on a Phase I Trial Compared With Choosing a Do Not Resuscitate/Terminal Care Option. *J Clin Oncol*. 2010; 28(20): p. 3292-3298.
- 117-Jaing TH, Tsay PK, Fang EC, Yang SH, Chen SH, Yang CP, et al."Do-not-ressuscitate" orders in patients with cancer at a children's hospital in Taiwan. *J Med Ethics*. 2007; 33 (4): p. 194-196.
- 118-Beach MC, Morrison RS. The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50 (12): p. 2057-2061.
- 119-Henneman EA, Baird B, Bellamy PE, Faber LL, Oye RK. Effect of do-not-resuscitate orders on the nursing care of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1994; 3 (6): p. 467-472.
- 120-Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T, Rosenthal GE. Increased risk of death in patients with do-not-resuscitate orders. *Med Care*. 1999; 37 (8): p. 727-737.
- 121-Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Engl J Med*. 1983; 309 (10): p. 569-576.
- 122-Bedell SE, Pelle D, Maher PL, Cleary PD. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. How are they used and what is their impact? *JAMA*. 1986; 256 (2): p. 233-237.
- 123-Cohen RI, Lisker GN, Eichorn A, Multz AS, Silver A. The impact of do-not-resuscitate order on triage decisions to a medical intensive care unit. *J Crit Care*. 2009; 24 (2): p. 311-315.
- 124-Pearsons HA, Cruz MJ, Zhukovsky DS, Hui D, Delgado-Guay M, Akitoye AE, et al. Characteristics of Patients Who Refuse Do-Not-Ressuscitate Orders Upon Admission to an Acute Palliative Care Unit in a Comprehensive Cancer Center. *Cancer*. 2010; 116 (12): p.3061-3070.
- 125-Reddy SK, Parsons HA, Elsayem A, Palmer JL, Bruera E. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2009; 12 (1): p. 29-36.

- 126-Kiely DK, Mitchell SL, Marlow A, Murphy KM, Morris JN. Racial and state differences in the designation of advance directives in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49 (10): p. 1346-1352.
- 127-Shepardson LB, Gordon HS, Ibrahim SA, Harper DL, Rosenthal GE. Racial variation in the use of do-not-resuscitate orders. *J Gen Intern Med.* 1999; 14 (1): p. 15-20.
- 128-Smith AK, Earle CC, McCarthy EP. Racial and ethnic differences in end-of-life care in fee-for-service Medicare beneficiaries with advanced cancer. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57 (1): p. 153-158.
- 129-Johnson KS, Kuchibhatla M, Tanis D, Tulsky JA. Racial differences in hospice revocation to pursue aggressive care. *Arch Intern Med.* 2008; 168 (2): p. 218-224.
- 130-Johnson KS, Kuchibhatla M, Tulsky JA. What explains racial differences in the use of advance directives and attitudes toward hospice care? *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56 (10): p. 1953-1958.
- 131-Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA.* 2008; 300 (14): p. 1665-1673.
- 132-Messinger-Rapport BJ, Kamel HK. Predictors of do not resuscitate orders in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc.* 2005; 6 (1): p. 18-21.
- 133-Baker ME. Economic, political and ethnic influences on end-of-life decision-making: a decade in review. *J Health Soc Policy.* 2002; 14 (3): p. 27-39.
- 134-Hern HE Jr, Koenig BA, Moore LJ, Marshall PA. The difference that culture can make in end-of-life decisionmaking. *Camb Q Healthc Ethics.* 1998; 7 (1): p. 27-40.
- 135-Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR. The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self Determination Act. *J Med Ethics.* 2008; 34 (9): p. 642-647.
- 136-Levin TT, Li Y, Weiner JS, Lewis F, Bartell A, Piercy J, et al. How do-not-resuscitate orders are utilized in cancer patients: timing relative to death and communication-training implications. *Palliat Support Care.* 2008; 6 (4): p. 341-348.
- 137-Goldfinger JZ, Adler ED. End-of-life Options for Patients with Advanced Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep.* 2010, 7 (3): p. 140-147.
- 138-Wachter RM, Luce JM, Hearst N, Lo B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *Ann Intern Med.* 1989; 111 (6): p. 525-532.
- 139-Teno JM, Gonzalo P, Mitchell SL, Bynum JPW, Dosa D, Mor V. Terminal Hospitalizations of Nursing Home Residents: Does Facility Increasing the Rate of Do Not Resuscitate Orders Reduce Them? *J Pain Symptom Manage.* 2011; 41 (6): p. 1040-1047.

- 140-Pang SM, Tse CY, Chan KS, Chung BP, Leung AK, Leung EM, et al. An empirical analysis of the decision-making of limiting life-sustaining treatment for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong, China. *J Crit Care*. 2004; 19 (3): p. 135–144.
- 141-Hanson LC, Rodgman E. The use of living wills at the end of life. A national study. *Arch Intern Med*. 1996; 156: p. 1018-1022.
- 142-Lo B, Jonsen AR. Clinical decisions to limit treatment. *Ann Intern Med*.1980; 93 (5): p. 764–768.
- 143-Truog RD, Waisel DB. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. *Ann Intern Med*.1995; 122 (4): p. 304–308.
- 144-Skrifvars MB, Castren M, Nurmi J, Thoren AB, Aune S, Herlitz J. 2007. Do patient characteristics or factors at resuscitation influence long-term outcome in patients surviving to be discharged following in-hospital cardiac arrest? *J Intern Med*. 2007; 262(4): p. 488–495.
- 145-Slosar J P. Medical futility in the post-modern context. *HEC Forum*. 2007; 19(1): p. 67–82.
- 146-Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990; 112 (12): p. 949-954.
- 147-Martin RD, Cohen MA, Roberts LW, Batista SM, Hicks D, Bourgeois J. DNR Versus DNT: Clinical Implications of a Conceptual Ambiguity: A Case Analysis. *Psychosomatics*. 2007; 48 (1): p. 10-15.
- 148-Ewanchuk M, Brindley PG. Ethics review: Perioperative do-not-ressuscitate orders – doing ‘nothing’ when ‘something’ can be done. *Crit Care*. 2006; 10 (4): p. 219.
- 149-Sabatino CP. Survey of state EMS-DNR laws and protocols. *J Law Med Ethics*. 1999; 27 (4): p. 297-315.
- 150-Schears RM, Marco CA, Iserson KV. “Do not attempt resuscitation” (DNAR) in the out-of-hospital-setting. *Ann Emerg Med*. 2004; 44 (1): p. 68-70.
- 151-Iserson KV. Prehospital advance directives - a better way. *J Emerg Med*. 2002; 23 (4): p. 419-420.
- 152-Feder S, Matheny RL, Loveless RS, Rea TD. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. *Ann Intern Med*. 2006; 144 (9): p. 634-640.
- 153-Fins JJ. A Palliative Ethic of Care: Clinical Wisdom at Life’s End. *N Engl J Med*. 2006; 354: p. 1653-1654.
- 154-The President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to forego life-sustaining treatment. Washington, DC. Government Printing Office. 1983; p. 250–251.
- 155-Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, et al. The influence of the probability of survival on patients’ preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 1994; 330 (8): p. 545–549.

- 156-Heffner JE, Barbieri C, Casey K. Procedure specific do-not-resuscitate orders. Effect on communication of treatment limitations. *Arch Intern Med.* 1996; 156 (7): p. 793–797.
- 157-Sanders A, Schepp M, Baird M. Partial do-not-resuscitate orders: A hazard to patient safety and clinical outcomes? *Crit Care Med.* 2011; 39 (1): p. 14-18.