

IMPLICAÇÕES ÉTICAS DAS ORDENS DE NÃO RESSUSCITAR

*C. DE A. URBAN, R. HOEPERS, I. M. DA SILVA, R. A. A. JÚNIOR

Trabalho realizado no Núcleo de Estudos de Bioética e na Pastoral do Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR

RESUMO – OBJETIVO. Avaliar as implicações éticas do emprego das ONR na prática clínica.

MÉTODOS. Os autores realizaram uma análise crítica dos problemas éticos mais importantes associados às ONR, enfocando principalmente os seus riscos e benefícios e aplicando os conceitos da bioética personalista.

RESULTADOS. As ONR não são universalmente aceitas. Além disso, isoladamente não resolvem os problemas mais complexos associados ao manejo dos doentes terminais e da futilidade terapêutica. Podem, em alguns casos, servir de instrumento de orien-

tação, mas não devem ser coercivas. Além disso, existe uma preocupação relativa aos possíveis abusos que possam advir do seu emprego na prática clínica.

CONCLUSÃO. Do ponto de vista personalista, o médico precisa ter sempre em mente que em qualquer circunstância em que se encontre, o ser humano não perde a sua dignidade. Todas as decisões tomadas serão válidas quando não ferirem esse princípio ético fundamental.

UNITERMOS: Ordens de não ressuscitar. Doente terminal. Bioética.

INTRODUÇÃO

Ordens para não ressuscitar (ONR) são instrumentos que podem ser empregados por médicos, pacientes, familiares e instituições de saúde, através de formulários próprios e que têm o objetivo de orientar o não início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) nos casos onde não houver benefícios clínicos comprovados. Como RCP, entendem-se as técnicas de suporte básico e avançado de vida, que são iniciadas para restaurar ou restabelecer a função cardiorespiratória e cerebral, na eventualidade de uma parada cardiorespiratória (PCR). De forma prática, refere-se à massagem cardíaca externa, desfibrilação e ventilação assistida. Tratamentos não considerados como parte desse evento são: antibióticos, hemoderivados, diálise, quimioterapia, vasopressores, antiarrítmicos,

hidratação, nutrição enteral e parenteral¹.

Em 1960, Kouwenhoven et al descreveram pela primeira vez a técnica de massagem cardíaca externa. Esse estudo envolveu 20 pacientes, sendo que a maioria sofreu PCR após a indução da anestesia. Obtiveram, dessa forma, 70% de sobrevivência a longo prazo². Na década seguinte, a técnica passou a ser utilizada na maioria dos hospitais e o treinamento nela foi estendido a médicos, enfermeiros e leigos.

Mais de uma centena de estudos, dentro e fora dos hospitais, foram realizados subsequentemente. Uma análise cumulativa deles sugere três importantes conclusões. A primeira é que aproximadamente 25 a 50% dos pacientes podem sobreviver logo após uma PCR, entretanto apenas 5 a 25% desses conseguem recuperar-se ao ponto de receberem alta do hospital. A segunda é que cerca de 2 a 3% dos pacientes ressuscitados acabam com comprometimento neurológico severo e permanente. Por último, os índices maiores de sucesso na RCP ocorrem quando há PCR na indução da anestesia, infarto agudo do miocárdio

e taquiarritmias. Contudo, nos pacientes com falência crônica de órgãos, como rim e fígado, esses índices encontram-se entre 0 e 3%³⁻¹³. Especificamente nos casos de câncer, um estudo do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center demonstrou 10,5% de sobrevivência e alta hospitalar após a RCP¹⁴.

A grande complexidade ética das ONR fez com que não fossem universalmente aceitas. São empregadas em muitos hospitais nos Estados Unidos, sendo que, em alguns deles, como no Children's Hospital em Boston, é o primeiro dado que aparece no prontuário do paciente. Entretanto, na maioria dos hospitais da Europa são ainda pouco comuns¹³. No Brasil, as ONR não são oficialmente reconhecidas na prática médica¹⁵.

O objetivo desse estudo foi analisar os aspectos éticos envolvidos nessas decisões, principalmente relativos às dificuldades e benefícios potenciais da adoção dessas normativas dentro dos hospitais.

Aspectos Éticos das ONR

Os elementos éticos mais importantes associados às ONR são: fundamentos éti-

*Correspondência:

Cicero de Andrade Urban

Rua Marechal Hermes, 550 - ap. 12 - Centro Cívico
Cep: 80530-230 - Curitiba - Paraná
Tel.: (41) 253-5931 - E-mail: cicerourban@hotmail.com

cos desse instrumento, em que situações ele pode ser apropriado, suas dificuldades de implantação, quem deve estar envolvido no processo de decisão e o que fazer quando existem conflitos entre as diferentes partes envolvidas.

Fundamentos Éticos das ONR

A Pontifícia Academia Pro Vita, no documento final de sua 5ª Assembléia, realizada no Vaticano, em fevereiro de 1999, no que se refere à dignidade do paciente terminal, destaca a sacralidade e a inviolabilidade da vida humana em todas as suas fases e em qualquer situação em que se encontre. A vida humana não perde a sua dignidade em nenhuma circunstância¹⁶. Partindo desse princípio, qualquer decisão que interfira direta ou indiretamente nesse sentido não pode ser eticamente aceitável.

A futilidade terapêutica é um fato clínico com implicações éticas conhecidas há mais de 3500 anos. O papiro de Smith, por exemplo, cita cinco casos de transecção alta da coluna cervical, para os quais qualquer tratamento conhecido que fosse empregado naqueles dias seria considerado fútil. Ela é definida a como utilização de meios desproporcionais no tratamento dos pacientes e que conduz, muitas vezes, a situações inaceitáveis sob o ponto de vista clínico e ético. Agir dessa forma, além de ferir o princípio hipocrático fundamental de não maleficiência, é também contrário ao moderno exercício da medicina baseada em evidências e, portanto, desprovido de qualquer comprovação científica¹⁶.

Para Pellegrino, não existe uma justificativa para que seja aplicada a RCP quando esta for categorizada como medida desproporcional. O emprego de esforços desnecessários, de custo muitas vezes elevados e o conseqüente trauma físico e emocional ao paciente e seus entes próximos, é duvidoso, marginal ou sem valor em pacientes que estão em fase terminal de doenças progres-

sivas e fatais, onde não existem mais recursos terapêuticos para cura ou aumento da sobrevida. Cita exemplos de situações bem conhecidas, onde mesmo quando a atividade cardíaca é restabelecida em um momento inicial, os pacientes não sobrevivem ao ponto de deixarem o hospital em que se encontram. Casos como sangramento intracerebral maciço, comprometimento cardíaco severo, metástases disseminadas, pacientes idosos com falência de pelo menos três órgãos (cardíaco, pulmonar, renal ou hepático), não encontram evidências científicas de benefício na RCP^{16,17}.

Os anos 80 marcaram a ética profissional médica nos Estados Unidos como uma fase de adaptação a uma progressiva e irreversível participação dos pacientes e familiares nas decisões clínicas. O consentimento informado tornou-se, aos poucos, parte integrante do relacionamento médico-paciente e mesmo uma exigência legal. Nos anos 90, essa autoridade do paciente e da sua família dentro das decisões médicas passou a ser incluída dentro da definição de futilidade terapêutica. Os desejos, valores e crenças do paciente e dos seus familiares deveriam ser analisados juntamente com a situação clínica. A inclusão desses pontos visou proteger a autonomia de cada ser humano em suas decisões e evitar os abusos potenciais de um julgamento unilateral¹⁶⁻²¹.

Alguns acreditam que esse princípio da autonomia deva ser irrestrito, mesmo nas situações de recusa de um tratamento que possa salvar a vida. Engelhardt Jr, defensor da chamada moral secular, acredita que o estado não deva interferir nas decisões individuais. Coloca que, se a autoridade moral, no sentido secular, é derivada dos indivíduos, então o direito de consentir, de dar permissão, deve ter centralismo moral. Além do mais, se um indivíduo tem o direito de consentir, deve-se deduzir que também tem o direito de recusar um tratamento em quaisquer circunstâncias. Afirma ainda que,

na ausência de uma visão moral coerente, essencial, deve haver uma única orientação geral a ser seguida, aquela derivada do consentimento das pessoas envolvidas¹⁸.

Sgreccia¹⁹ critica essa visão de que a vida deva estar a serviço da liberdade. Que essa, ao contrário de ser um valor absoluto, faz parte da natureza humana, a qual não se pode dispor, pois dispendo da natureza humana, estamos dispendo da sua própria dignidade. Dentro desse contexto personalista, não é eticamente aceitável a decisão de dispor de tratamentos que possam salvar a vida. O paciente deve ter o direito de poder escolher, entre os vários tratamentos propostos, aquele que mais se aproxima do ideal para ele, avaliando e sendo esclarecido sobre os riscos e benefícios de cada um. Mas o limite existe dentro de um valor maior do que a própria liberdade, que é a vida. Também não é aceitável a futilidade terapêutica, pois que fere da mesma forma e diretamente a dignidade humana. Nesse sentido, a medicina deve tornar claros, com base científica, os limites entre a tratamento proporcional e o desproporcional. Através dessas informações é que a tomada de decisões deve ser realizada¹⁹.

Seguindo essa visão personalista, a proteção à dignidade humana deve ser o objeto primordial da ética. Se as ONR puderem ser instrumentos para isso e apenas nesses casos, é possível que possam ser empregadas na prática médica. Caso contrário, outros instrumentos alternativos devem ser buscados.

Benefícios potenciais das ONR

As ONR visam primordialmente evitar a futilidade terapêutica. Portanto, podem ser aplicadas apenas quando existem evidências claras de que não há benefício na RCP. Além disso, instituí-la significa esclarecer ao paciente e seus familiares sobre os riscos e benefícios desse procedimento e a decisão tomada, baseada nesse diálogo aberto, deve ser conjunta, proporcional e

individualizada^{1,6,13,15-21,32}.

Existem alguns casos na prática diária, como exemplo os atendimentos de emergência durante os plantões médicos, onde quem atende geralmente não é o médico do doente, mas um terceiro, em que esse instrumento poderia ser útil. O plantonista, quando diante de situações complexas, que não são da sua especialidade e não tendo todas as informações a respeito do caso naquele momento, deve tomar uma decisão, muitas vezes em questão de minutos, que julgue ser a mais adequada. A falta de informações completas no prontuário, inexperiência e a exigência de um atendimento imediato, formam a tríade de risco para a futilidade terapêutica. Nesses casos, a presença de uma ONR no prontuário do paciente poderia servir como uma orientação importante^{3,5,7,13,28}.

Também devem ser citados os benefícios potenciais do não uso de vagas em unidades de terapia intensiva por pacientes que não têm indicação clínica e mesmo de uma possível diminuição de gastos desnecessários nesses casos³³.

Talvez o benefício potencial mais importante que pode ser alcançado seja o de tornar cada vez mais claro aos profissionais de saúde, aos pacientes e seus familiares, o conceito de proporcionalidade terapêutica. A complexidade de cada caso individualmente, a aplicação do conhecimento ético e científico podem servir como um aprendizado contínuo nesse sentido (Tabela I).

Dificuldades para a implantação das ONR

Os médicos têm a responsabilidade ética, baseada nos princípios de beneficência e não maleficência, de não submeter os pacientes a tratamentos considerados desproporcionais. A grande dificuldade nesse sentido é justamente o conceito de futilidade terapêutica, de estabelecer para cada caso individual, os limites entre o

Tabela I – Benefícios potenciais da implantação das ordens de não ressuscitar (ONR):

1. Evitar a futilidade terapêutica e todo o sofrimento que ela acarreta.
2. Orientação dos profissionais que atendem o doente durante a PCR.
3. Não uso de vagas nas unidades de terapia intensiva por doentes sem benefício.
4. Redução dos custos com procedimentos desnecessários.
5. Tornar claro o conceito de proporcionalidade terapêutica.

que é ético e cientificamente adequado e o que é desproporcional. Esses conceitos variam dramaticamente entre os médicos e os pacientes. A ausência de conceitos claros e aplicação sem critérios bem evidentes das ONR pode levar a riscos potenciais no tratamento dos pacientes criticamente enfermos^{1,13,15,16,19,21-24,32}.

Um ponto importante a ser considerado é que as ONR referem-se apenas às manobras de RCP. Os cuidados básicos com o paciente devem ser mantidos. Existe um risco potencial de se diminuir a atenção voltada às outras necessidades mínimas desses doentes por parte dos profissionais de saúde. Hidratar, alimentar, tratar a dor e outros sintomas associados, cuidar da parte psicológica e espiritual do paciente e da família são elementos fundamentais no manejo ético nesses casos^{1,13,19}. O sentido de dignidade é muito mais complexo do que simplesmente cumprir ou estabelecer uma ONR. O risco de negligência e da simplificação existirá sempre e devem ser tomadas todas as medidas no sentido de evitá-lo.

Muitas vezes encontra-se um desconforto por parte do médico em conversar sobre a morte com o paciente e com os familiares. Como a decisão sobre a ONR é baseada nesse diálogo, esse, idealmente, deve ser aberto e informar da forma mais adequada possível. Os médicos envolvidos nos cuidados desses pacientes devem estar bem preparados para isso, pois há também um risco potencial, que não deve ser negli-

genciado, de diminuir a esperança dos pacientes, quando esses diálogos não são bem dirigidos^{1,13,19,20,23,24}.

Provavelmente, o maior risco encontrado em instituir esse procedimento seja o de aplicá-lo em casos onde existam dúvidas quanto ao seu benefício ou mesmo de generalização e torná-lo um instrumento em nome da liberdade e da autonomia sem limites. Não podem ser esquecidos os princípios éticos fundamentais de respeito à dignidade humana, que foram previamente discutidos. Se esses valores não forem respeitados, as ONR passam a ser formas desproporcionais de tratamento e eticamente inaceitáveis, podendo abrir prerrogativas até para situações tão extremas como eutanásia e suicídio assistido (Tabela II).

Pessoas envolvidas nas ONR

O médico, o paciente e os familiares são os protagonistas dessas decisões. A enfermagem, que em alguns casos, consegue captar melhor os desejos dos pacientes do que os médicos, também pode ser chamada a participar do processo¹.

Contudo, existe um grande debate se o paciente deve ou não ser envolvido nessas decisões. Como um dos objetivos principais das ONR é o de respeitar a autonomia do paciente, ele deve ser envolvido, a princípio, sempre que possível na tomada de qualquer decisão que envolva a sua pessoa. Em muitas situações não há como dialogar de forma adequada, pois os pacientes algumas vezes passam por fases de negação da doença, depressão, revolta ou mesmo en-

contram-se confusos, sonolentos ou em coma, impedidos de tomarem decisões. Nesses casos, e também nas decisões relativas a crianças, deve haver um responsável legal que responderá por ele^{1,13,20}.

Quando não há um responsável legal, essa decisão pode ser tomada baseando-se em informações prévias que esse paciente tenha dado em vida, nas suas condições clínicas e na existência ou não de benefício cientificamente comprovado na realização da RCP^{1,13}.

Conflitos relacionados às ONR

Os conflitos podem ser divididos em dois grupos. O primeiro se refere aos problemas envolvidos na fase de decisão. Nem sempre há uma concordância entre o paciente e os familiares, ou entre os familiares e até mesmo entre médico, paciente e familiares. A maioria dos conflitos nessa fase surge devido a um diálogo realizado de uma maneira e/ou no momento inadequados. A analogia da verdade em medicina, com o uso de um fármaco no tratamento de uma doença, é verdadeira. Ambos devem ser dados na dose e no momento certo para que tenham os melhores resultados. O interesse a ser preservado é sempre o do doente. Em teoria não haveria grandes problemas nessa fase, já que as ONR são medidas que devem ser empregadas apenas em casos onde não existem benefícios científicos claros da RCP.

O segundo grupo envolve situações relacionadas ao procedimento. As ONR não são definitivas uma vez que forem instituídas. Devem ser renovadas diariamente, principalmente de acordo com as condições clínicas do paciente^{1,13,20}.

A responsabilidade pela realização ou não de uma RCP é do profissional que atende o paciente no momento da PCR. O julgamento clínico pode ser influenciado pela ONR, mas não necessariamente ser determinado por essa. Ela deve servir como um instrumento de orientação e não ser coerciva sobre quem atende o paciente^{13,20,28,29}.

Os pacientes em fase terminal, que são submetidos a cirurgias paliativas, enquanto estão

Tabela 2 – Dificuldades da implantação das ordens de não ressuscitar (ONR):

1. Ausência de conceitos claros sobre o significado de futilidade terapêutica e ONR.
2. Risco de diminuir a atenção a outras necessidades mínimas do paciente.
3. Dificuldade dos médicos em conversar sobre a morte com pacientes e familiares.
4. Ausência de critérios a serem aplicados em pacientes incapazes, sem tutores legais.
5. Ausência de normas em centro cirúrgico e UTI em relação às ONR.
6. Diminuir a esperança dos pacientes em relação ao seu tratamento.
7. Generalização desse instrumento em nome da autonomia sem limites.

em sala operatória e aqueles que já se encontram em unidades de terapia intensiva, devem seguir as mesmas regras de ONR? Provavelmente, na maioria dos casos, sim. O ambiente em que esse se encontra não deveria modificar a indicação de uma RCP. Contudo, é preciso ficar claro que todos os demais cuidados com o paciente devem ser mantidos^{25-31,33}.

Problemas éticos mais complexos são aqueles onde já foram instituídas as medidas de RCP em um paciente que havia solicitado uma ONR previamente e encontra-se em cuidados intensivos. A decisão de retirar um paciente de um respirador pode ser mais difícil do que a de não colocá-lo. Casos clássicos, como o de Karen Quinlan, motivaram intensas discussões filosóficas, éticas, religiosas e médicas²¹. A análise individual envolvendo não apenas a equipe médica e os familiares, mas o Comitê de Ética do hospital, os Conselhos de Medicina e a Justiça, muitas vezes são requeridos nesses casos.

CONCLUSÕES

As ONR têm importantes implicações éticas. A sua complexidade impediu que até hoje fossem universalmente aceitas na prática médica. Empregá-las sem critérios bem estabelecidos pode trazer riscos eticamente inaceitáveis. O respeito à dignidade da pessoa humana é o valor mais importante e com base nele é que todas as decisões devem ser tomadas. Sendo assim, se forem bem empregadas, em alguns casos específicos, podem se tornar elementos de orientação aos

profissionais de saúde que atendem os pacientes em fase terminal, evitando a futilidade terapêutica na RCP. Não são normativas que devam obrigatoriamente ser seguidas e não eximem a responsabilidade sobre a decisão tomada de quem atende uma PCR.

SUMMARY

ETHICAL IMPLICATIONS OF DO-NOT-RESUSCITATE ORDERS

Do-Not-Resuscitate (DNR) orders are those orders that direct non-initiation of cardiopulmonary resuscitation in the event of cardiopulmonary arrest.

PURPOSE. To evaluate ethical implications of DNR orders in the clinical practice.

METHODS. The authors reviewed critically the major ethical issues associated with DNR orders, mainly focusing their risks and benefits, and the application of the Personalistic's view in this orders.

RESULTS. Reaction to the widespread use of this orders is not universally positive, and concerns about its possible overuse and abuse have been raised. DNR orders alone can not resolve the complex problem of the terminally ill, patients and the therapeutic futility.

CONCLUSION. From the Personalistic's point of view, in all instances, the physician must remain aware that her primary duty is to hold the patient's dignity. [Rev Ass Med Brasil 2001; 47(3): 244-8]

KEY WORDS: Do-not-resuscitate orders. Terminally ill. Bioethics.

REFERÊNCIAS

1. Vevaina JR, Nora LM, Bone RC. Issues in biomedical ethics. *Dis Mon* 1993; 39:896-904.
2. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knikerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173:94-7.
3. Arena FP, Perlin M, Turnbull AD. Initial experience with a "code-no-code" resuscitation system in cancer patients. *Crit Care Med* 1980; 8:733-40.
4. Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Engl J Med* 1983; 309:569-74.
5. Charlson ME, Sax FL, Mackenzie R, Felds DS, Brahm RL, Douglas RG Jr. Resuscitation: how do we decide? *JAMA* 1986; 255:1316-22.
6. Taffet GE, Teasdale TA, Luchi RJ. In-hospital cardiopulmonary resuscitation. *JAMA* 1988; 260:269-72.
7. LaPuma J, Silverstein MD, Stocking CB, Roland D, Siegler M. Life-sustaining treatment: a prospective study of patients with DNR orders in a teaching hospital. *Arch Intern Med* 1988; 148:2193-8.
8. George AL, Folk BP, Crecelius PL, Campbell WB. Pre-hospital morbidity and other correlates of survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Am J Med* 1989; 87:28-32.
9. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in elderly. *Ann Intern Med* 1989; 111:199-202.
10. Logstreth WT, Cobb LA, Fahrenbruch CE, Copass MK. Does age affect outcomes of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation? *JAMA* 1990; 264:2109-14.
11. Rosenberg M, Wang C, Hoffman-Wilde S, Hickam D. Results of cardiopulmonary resuscitation: failure to predict survival in two community hospitals. *Arch Intern Med* 1993; 153:1370-4.
12. Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, et al. The influence of probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Eng J Med* 1994; 330:545-50.
13. Emanuel EJ, Kass FC. Ethical aspects of caring for patients with cancer. In: Holland JF, Bast RC Jr, Morton DL, Frei III E, Kufe DW et al. editors. *Cancer medicine*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; 1405-22.
14. Vitelli CE, Cooper K, Rogatoko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. *J Clin Oncol* 1991; 9:1111-6.
15. Alves-Neto O, Garrafa V. Anestesia e bioética. *Rev Bras Anestesiol* 2000; 50:178-88.
16. Correa JDV, Sgreccia E editors. *The dignity of the dying person*. Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 2000:1-479.
17. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA* 2000; 283:1065-7.
18. Engelhardt-Jr HT editor. *Fundamentos de bioética*. 2a ed. São Paulo, Edições Loyola, 1998; 289-446.
19. Sgreccia E editor. *Manuale di bioetica*. 2a ed. Milano, Vita e Pensiero, 1999; 715-770.
20. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 9:2449-56.
21. Pessina A editor. eds. *Bioetica: L'uomo sperimentale*. Milano, Edizione Bruno Mondadori, 1999; 144-59.
22. Stagno SJ, Zhukovsky DS, Walsh D. Bioethics: Communication and decision-making in advanced disease. *Semin Oncol* 2000; 27:94-100.
23. Tilden VP, Tolle SW, Garland MR et al. Decisions about life sustaining treatment: Impact of physicians behavior on the family. *Arch Intern Med* 1995; 155:633-8.
24. Schneiderman LJ, Kaplan RM, Pearlman RA, Teetzel H. Do physicians own preferences for life-sustaining treatment influence their perceptions of patients preferences? *J Clin Ethics* 1993; 4:28-33.
25. Truog RD. Do-not-resuscitate orders during anesthesia and surgery. *Anesthesiology* 1991; 74: 606-8.
26. Truog RD, Waisel DB, Burns JP. DNR in the OR: A goal-directed approach. *Anesthesiology* 1999; 90: 289-95.
27. Bastron RD. Ethical concerns in anesthetic care for patients with do-not-resuscitate orders. *Anesthesiology* 1996; 85:1190-3.
28. McLauchlan CA, Wilson I. Do-not-resuscitate orders and stopping resuscitation. *Resuscitation* 1998; 39:3-5.
29. de Vos R, Oosterom L, Koster RW, de Hann RI. Decisions to terminate resuscitation. *Resuscitation* 1998; 39:7-13.
30. Kettler D, Mohr M. Ethical aspects of resuscitation. *Eur J Anesthesiol* 1998; 15:721-4.
31. Cohen CB, Cohen PJ. Do-not-resuscitate orders in the operating room. *N Engl J Med* 1991; 325:1879-82.
32. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992; 326:1560-4.
33. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM, Anderson AS, Draper EA, Wagner DP. The use and implications of do-not-resuscitate orders in intensive care units. *JAMA* 1986; 255:351-6.

Artigo recebido em: 10/08/2000

Aceito para publicação: 19/03/2001

IMAGEM EM MEDICINA

Participe da nova seção da Ramb. É um espaço aberto ao leitor, que poderá enviar material de interesse educativo como fotos, ilustrações e exames, acrescido de três linhas explicativas contendo ainda nome do autor e serviço onde foi realizado.

O material poderá ser enviado para a

Rua São Carlos do Pinhal, 324 – Cep 01333-903

S. Paulo – SP – E-mail: ramb@amb.org.br