



ARTIGO ORIGINAL

Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário

Cardiopulmonary resuscitation: discrepancy between the actual cardiopulmonary resuscitation and the documentation in the medical record

Lara A. Torreão¹, Amélia G.A.C. Reis², Eduardo J. Troster³, Gabriel Oselka⁴

Resumo

Objetivo: Descrever as características de pacientes não ressuscitados em um hospital -escola pediátrico de nível terciário, caracterizar como foi feito o registro da não ressuscitação no prontuário e avaliar os aspectos éticos e legais envolvidos na ressuscitação cardiopulmonar.

Método: Foi feito um estudo tipo coorte prospectivo, exploratório e observacional de todas as paradas cardiorrespiratórias (PCR) neste período. Os médicos que atenderam cada PCR foram entrevistados, geralmente nas primeiras 24h pós o evento. Posteriormente foi revisado o prontuário para confrontar a informação referente à ressuscitação cardiopulmonar com o fato registrado no prontuário. São discutidos aspectos ético-legais envolvidos na ressuscitação cardiopulmonar.

Resultados: Durante o ano de estudo houve 176 PCRs. Destas, 47 (26,7%) não foram ressuscitadas. Foram excluídos 2 casos; na avaliação de 45 pacientes, 64,4% (29/45) estavam em ventilação mecânica e 48,9% (23/45) usavam drogas vasoativas. O óbito ocorreu em 60% (27/45) na UTI. O diagnóstico à admissão mais freqüente foi sepse em 28,8% (13/45) e broncopneumonia e insuficiência respiratória em 27% (12/45). A doença de base mais encontrada foi a oncológica com 28,8% (13/45). Foi possível avaliar o registro do óbito em 40 prontuários de pacientes não ressuscitados. Em 11 destes 40 (27,5%) a descrição era: "constatado óbito" e nos outros 29 (72,5%) constava: "feitas manobras habituais de ressuscitação sem sucesso".

Conclusão: Este trabalho comprovou que o registro inverídico no prontuário em relação aos procedimentos de ressuscitação ocorreu com muita freqüência. É injustificável a discrepância encontrada entre o que foi realizado e o que foi registrado no prontuário. Esta conduta se deve ao receio das conseqüências legais de uma conduta médica que foi adotada em benefício do paciente e é justificável, portanto, do ponto de vista ético.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(6): 429-433: ética, ressuscitação cardiopulmonar, paciente terminal.

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of the patients not resuscitated in a university affiliated pediatric hospital. To characterize the data registered in the chart regarding the resuscitation and evaluate ethical and legal aspects of CPR (cardiopulmonary resuscitation).

Methods: Retrospective study of 176 deaths that occurred in a one year time period. The chart was reviewed and compared to information received directly from the physician that participated in the patient's resuscitation. Ethical and legal aspects involved in resuscitation efforts were discussed.

Results: During the study period 176 deaths occurred. 47 (26.7%) patients did not receive CPR as reported directly by the physician in charge of the patient when the death occurred. Two patients were excluded, because the chart could not be found. Prior to their death, 64.4% (29/45) received mechanical ventilatory support and 48.5% (33/45) received inotropic support. 60% (27/45) of the deaths occurred in the intensive care unit. The most common diagnoses at admission were sepsis in 28% (13/45) and pneumonia with respiratory failure in 27% (12/45). The most common underlying medical conditions were malignancies in 28.8% (13/45). Of these 45 patients, the medical record about CPR was available in 40 charts. It was documented that 11/40 (27.5%) were declared dead without resuscitation efforts and in 29/40 (72.5%) the medical record stated that CPR was performed without improvement in vital signs.

Conclusion: There was a discrepancy between the actual cardiopulmonary resuscitation efforts and the documentation of cardiopulmonary resuscitation in the medical record. This behavior may be due to fear of possible legal consequences of not performing cardiopulmonary resuscitation. However, in patients with very poor prognosis it may be ethically justified to withhold CPR.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(6): 429-433: ethics, life support care, resuscitation orders, terminal care.

1. Médica da UTI pediátrica e Membro da Comissão de Bioética do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC/HC-FMUSP).

2. Doutora em pediatria pela FMUSP. Médica do pronto-socorro e Membro da Comissão de Bioética do Instituto da Criança do HC-FMUSP.

3. Doutor em pediatria pela FMUSP. Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Membro da Comissão de Bioética do Instituto da Criança do HC-FMUSP.

4. Prof. associado do Depto. de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Comissão de Bioética do IC/HC-FMUSP.

Introdução

Os aspectos éticos da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) têm sido amplamente estudados em outros países, principalmente na população adulta, no que se refere a indicação e prognóstico¹⁻³.

O maior sucesso desse procedimento ocorre em adultos com parada cárdio-respiratória (PCR) primária¹. Em pediatria, geralmente a PCR é secundária. Muito frequentemente é decorrente de falências orgânicas ou ocorre em pacientes com doença de base, e a sua eficácia é baixa.

Alguns estudos demonstram a sobrevida após RCP em crianças hospitalizadas. Em São Paulo, em 1998, Reis estudou em um hospital-escola terciário a sobrevida e o prognóstico pós RCP e encontrou uma taxa de sobrevida de 16,3% na alta e de 10% após seis meses⁴. Nos Estados Unidos (EUA) a sobrevida encontrada foi semelhante à do Brasil. Slomin, em 1997, encontrou 13,7% na alta e Torres, em 1997, 10% de sobrevida em um ano⁴. Os autores que verificaram melhores resultados referem-se à parada respiratória isolada. Nessa situação específica a taxa varia de 44,4 a 67,5% de sobrevida na alta^{5,6}.

Em hospital-escola de nível terciário como o nosso, a ocorrência de PCR é freqüente, visto que há muitos pacientes crônicos com doenças graves e de prognóstico reservado. No Brasil a quase totalidade das crianças hospitalizadas com PCR são ressuscitadas; porém, apesar da ausência formal, em nosso meio, de protocolos de "ordem de não ressuscitar" pacientes terminais, algumas crianças não são ressuscitadas. As implicações ético-legais da não ressuscitação devem ser discutidas amplamente. Nos EUA ordens formais de não ressuscitação são menos freqüentes na pediatria do que em adultos. Apenas 1/3 dos óbitos são precedidos por uma ordem de não ressuscitar em pediatria, enquanto nos adultos isso ocorre em 40 a 70% dos casos⁷. Entretanto, estudos nos EUA, Europa e Japão mostram que a maioria dos óbitos em unidades de terapia intensiva pediátrica e de terapia intensiva neonatal são precedidos por um processo ativo de limitação ou retirada de tratamentos⁸.

O objetivo deste trabalho foi descrever as características de pacientes não ressuscitados em um hospital-escola pediátrico de nível terciário, caracterizar como foi feito o registro da não ressuscitação no prontuário e avaliar os aspectos éticos envolvidos na ressuscitação cardiopulmonar.

População estudada e metodologia

Local e período de estudo: Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Este é um hospital-escola pediátrico de nível terciário, que dispõe de 122 leitos para internação. O período de estudo foi de julho de 1997 a junho de 1998.

Delimitação: foi feito um estudo tipo coorte prospectivo, exploratório e observacional que gerou dois trabalhos:

o primeiro com o objetivo de avaliar o prognóstico e a sobrevida de pacientes após a RCP e o segundo (presente estudo) para analisar os dados dos pacientes não ressuscitados.

A população estudada neste trabalho são os pacientes não ressuscitados. A verificação dos procedimentos de RCP foi realizada pelos pesquisadores de forma sistemática em todas as crianças que faleceram, por meio de uma entrevista com o médico que assistiu o doente no momento da PCR; nesta entrevista, realizada nas primeiras 24h após o evento, era preenchido um questionário padronizado. No final de um ano, foram revistos os prontuários para comparar a informação dada pelo médico na entrevista e as informações anotadas no prontuário acerca da PCR. Foram verificados os registros na folha de resumo do óbito e na última página de evolução do dia do óbito. Além disso, pesquisou-se a prescrição de drogas para ressuscitação, bem como o registro do óbito pela enfermagem.

O projeto foi divulgado de forma impressa e verbal no ICr, e um dos dois pesquisadores era chamado quando ocorria a PCR. Houve também uma busca ativa em dois períodos do dia: pela manhã e no fim da tarde, para que não houvesse perdas.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HC-FMUSP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (ICr)

Dados coletados: dados demográficos, intervenções do suporte avançado de vida previamente instalado, diagnóstico de admissão, doença de base, local do óbito e registro do óbito no prontuário.

Resultados

Durante o ano de estudo houve 110.660 atendimentos que geraram 6.024 internações. Ocorreram 176 PCRs, destas 129 (73,3%) sofreram manobras de RCP e 47 (26,7%) não foram submetidas a RCP.

A população de estudo compreende as 47 crianças que não foram ressuscitadas de acordo com a informação prestada pelo médico que atendeu a PCR. Foram excluídos dois casos da população total por extravio de prontuários. A análise de coerência foi feita em 45 pacientes, porém em cinco não havia informações quanto à PCR ou à RCP.

Quanto ao gênero, houve uma predominância do sexo masculino com 60% (27/45) dos casos. A distribuição por faixa etária está demonstrada na Tabela 1.

O tempo de internação variou de 1 a 107 dias, com uma média de 12,5 dias e mediana de quatro dias.

Todos os pacientes estavam monitorizados no momento do óbito e houve sempre a presença de um membro da equipe de saúde neste momento; 64,4% (29/45) estavam em ventilação mecânica e 48,9% (23/45) faziam uso de drogas vasoativas (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição de pacientes não ressuscitados por faixa etária (N=45)

Idade	N	%
0 a 30 dias	1	2
31 dias a 1 ano	11	23
1 a 3 anos	7	16
3 a 8 anos	12	28
8 a 14 anos	5	11
14 a 20 anos	9	20
Total	45	100

Em relação ao diagnóstico de admissão, o mais freqüente foi sepse em 28,8% (13/45), seguido por broncopneumonia/insuficiência respiratória em 26,6% (12/45), e insuficiência hepática em 15,5% (7/45).

Tabela 2 - Características da população em relação a suporte avançado de vida utilizado previamente ao óbito (N=45)

	N	%
Parada presenciada por membro da equipe de saúde		
Sim	45	100
Não	0	0
Monitorização com eletrocardiografia		
Sim	45	100
Não	0	0
Ventilação mecânica		
Sim	29	64,4
Não	16	35,6
Drogas vasoativas		
Sim	23	48,9
Não	22	51,1

A doença de base mais encontrada foi a oncológica, em 28,8% (13/45), seguida de doença hepática em 20% (9/45).

O óbito ocorreu em 60% dos casos (27/45) na UTI, em 15,5% (7/45) na enfermaria de especialidades, em 13,3% (6/45) no pronto-socorro, em 8,8% (4/45) na semi-intensiva e em 2,2% (1/45) no berçário.

Havia registro do óbito no prontuário de 40 pacientes não ressuscitados. Em 11 (27,4%) a referência era “constatado óbito” e em 29 (72,6%) “feitas manobras habituais de ressuscitação, sem sucesso”. Em nenhum dos 29 prontuários com referência do médico à realização de manobras de RCP havia prescrição de drogas com esta finalidade ou registro, pela enfermagem, da realização das manobras.

Discussão

Neste estudo demonstramos com dados numéricos, pela primeira vez em nosso meio, a discrepância entre os procedimentos de RCP efetivamente realizados e os dados correspondentes registrados no prontuário.

Na década de 60 as técnicas de RCP foram aperfeiçoadas e padronizadas. A RCP tem como objetivo evitar ou reverter a morte prematura de pacientes com as funções respiratórias e circulatórias ausentes ou gravemente comprometidas, promovendo o retorno da função circulatória, respiratória e neurológica, após morte clínica por evento agudo³.

Após a introdução da técnica de RCP surgiram inúmeras questões éticas, principalmente no que se refere à indicação deste procedimento. A técnica tem a intenção de ser usada em pacientes com PCR súbita, com grande probabilidade de reversão¹.

No paciente terminal, que está em processo de morte, a ressuscitação pode ser prejudicial, fútil e até cruel. Frequentemente prolonga o processo de morte e pode eventualmente determinar um estado vegetativo persistente, pois o coração tolera mais tempo a hipóxia do que o cérebro¹. Infelizmente, não se oferece a muitos pacientes que chegam a esse estado a opção de morrer de forma mais digna. A RCP deve ser utilizada quando propriamente indicada, ou seja quando é viável a recuperação funcional do indivíduo.

A RCP, quando adequadamente indicada, é procedimento no qual o consentimento é presumido e universalmente aceito. A família tem um papel fundamental na discussão quanto à eventual indicação de não utilizar a RCP, pois cabe à mesma participar das decisões finais. Geralmente a família desconhece o real sucesso da ressuscitação, assim como suas falhas, principalmente no que se refere a lesão neurológica irreversível.

Em alguns pacientes terminais a ressuscitação, além de ser um procedimento desnecessário, fere o princípio ético da não maleficência, e evitar o sofrimento causado pelo

Tabela 3 - Diagnóstico à admissão de 45 pacientes não ressuscitados

Diagnósticos	N	%
Sepse	13	28,9
BCP* / I. Respiratória	12	26,7
I. Hepática	7	15,5
I. Renal	3	6,7
I. Cardíaca	2	4,4
Sd. Convulsiva**	2	4,4
Outros	6	13,3
Total	45	100

*BCP= Broncopneumonia, I = Insuficiência, ** Sd. = Síndrome

Tabela 4 - Doença de base à admissão dos pacientes não ressuscitados (N=45)

Doença de Base	N	%
Oncológica	13	28,8
Hepática	9	20
Infeciosa	3	6,6
Neurológica	3	6,6
Hematológica	2	4,4
Gastroenterológica	2	4,4
Pneumológica	1	2,2
Cardiológica	1	2,2
Reumatológica	1	2,2
Sem doença de base	9	20
Total	45	100

prolongamento artificial da vida sem perspectiva de cura ou melhora. Não reanimar pacientes nessas condições é conduta amparada moral e eticamente; apesar disso, não está ainda institucionalizada e não tem aceitação legal unânime e pacífica no Brasil. Quando preservar a vida já não é mais factível, o alívio ao sofrimento torna-se o principal guia e a não ressuscitação torna-se altamente desejável.

Ordens antecipadas de não ressuscitar são aplicadas em vários países e estão embasadas em princípios éticos. Os pacientes e responsáveis têm o direito de aceitar ou recusar tratamentos, com base na sua autonomia e autodeterminação. O consentimento informado é uma decisão feita em conjunto, visando o melhor, o benefício para o paciente. Com base no princípio de *primum non nocere* o profissional de saúde deve acima de tudo não causar danos; no paciente terminal a ordem de não ressuscitar se aplica a este princípio da não maleficência^{1,9}.

Neste estudo, os pacientes que não foram ressuscitados, apresentavam principalmente, neoplasias (30%) e hepatopatias (20%) como doenças de base. Sepses, broncopneumonia e insuficiência respiratória responderam por dois terços dos diagnósticos à admissão. Dados semelhantes são encontrados na literatura¹⁰. Eram pacientes graves, dos quais cerca de 50% estavam em UTI, sob ventilação mecânica e drogas vasoativas.

Segundo Hook & Koch, numerosos estudos mostraram a relutância dos profissionais de saúde em levantar a questão da ressuscitação com os seus pacientes, em parte pelo fato de sentirem que estarão desistindo deles, outros por desconforto em questões de vida e morte¹¹. Em nosso meio, além desses fatores, acrescenta-se o medo de serem processados por omissão de socorro. Como pode ser visto neste trabalho, houve 72% de registros incorretos no prontuário quanto aos procedimentos realizados quando da constata-

ção da PCR. Isso reflete uma insegurança diante da lei, de assumir um ato médico correto. Mesmo em alguns casos em cujos prontuários os médicos responsáveis haviam escrito “paciente internado para cuidados terminais; família ciente”, foi registrado no prontuário pelo médico que constatou o óbito “feitas manobras habituais de ressuscitação, sem sucesso”

Essa atitude é muito arraigada no Brasil e baseia-se na interpretação equivocada do artigo 57 do Código de Ética Médica (CEM), que veda ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”¹². Muitos médicos interpretam literalmente o artigo, entendendo ser seu dever utilizar sempre todos os meios disponíveis para o tratamento, o que no caso significa realizar sempre RCP. Parece antiético e até desumano instituir medidas ditas “heróicas” em uma pessoa em que a morte é a evolução natural de um processo de doença; certamente isso não significa atuar “em favor do paciente”. Segundo Martin, o artigo 57 tem uma formulação que permite que se questione se o controle do sofrimento pela tecnologia e o atrasar do momento de morrer são sempre do interesse do paciente¹³.

Há também, no meio médico, o medo de processo judicial por omissão de socorro. No Código Penal vigente, que data de 1940, o artigo 135 conceitua o crime de omissão de socorro como: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo, ou em grave e iminente perigo; ou não pedir nestes casos, o socorro da autoridade pública.”. Alguns juristas e muitos médicos entendem que não efetuar manobras de RCP, em qualquer circunstância, constituiria omissão de socorro. Partindo da premissa de que o paciente terminal está em processo inexorável de morte, não há como “salvá-lo” para a vida. Não há como reverter este processo; portanto, a nosso ver, o artigo 135 não se aplica a todos os pacientes terminais.

Recentemente, foi promulgada em São Paulo a Lei nº 10.245 do Dep. Estadual Roberto Gouveia, que trata dos direitos dos usuários do sistema de saúde. O inciso XXIII do art. 2.º afirma que é direito do paciente: “Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”¹⁴. Essa lei representa mais um amparo legal para justificar um ato já consagrado e aceito do ponto de vista médico e social há muito tempo em outros países. É sabido que em países que implantaram protocolos de não ressuscitação, a avaliação antes e depois da adoção do procedimento mostrou que não houve mudança na indicação médica da RCP; a grande diferença é que melhorou muito a comunicação entre a equipe médica e a família¹⁵.

Outra situação que freqüentemente conduz a equívocos é entender que o grande valor que as religiões (particularmente a católica) atribuem à preservação da vida significaria, no caso de pacientes terminais, utilizar todos os recursos disponíveis, sempre. Um texto do Papa Pio XII, dirigido

aos profissionais da saúde, deixa claro o real pensamento da Igreja. Segundo o Papa “se parecer que a tentativa de reanimação constitui, na realidade, para a família um ônus tal que não se lho possa em consciência impor, pode a família licitamente insistir para que o médico interrompa as suas tentativas, e o médico pode licitamente obedecer-lhes”¹³.

Conclusão

É injustificável a discrepância encontrada neste trabalho entre o que foi feito e o que foi registrado em relação à RCP. Esta conduta, habitual em muitos hospitais brasileiros, decorre, principalmente, do receio das conseqüências legais de uma conduta médica adotada em benefício do paciente e plenamente justificável, portanto do ponto de vista ético. Esclarecer todos, e principalmente os jovens médicos, quanto aos aspectos médicos e legais da RCP é, por isso, relevante e urgente. A Comissão de Bioética do Instituto da Criança tem trabalhado essas questões na prática do dia-a-dia, com resultados que já se fazem sentir com nitidez.

Finalmente, cabe enfatizar uma vez mais que a decisão de não ressuscitar um paciente terminal deve ser decorrente de uma discussão entre a equipe multiprofissional que atende o paciente, a família, e o paciente, se este puder opinar¹⁶, se necessário com o respaldo de comissão de ética ou bioética da instituição. É preciso ter em mente que nem sempre a RCP atende aos interesses da criança. A discrepância encontrada é apenas um sintoma que revela a relutância em assumir um ato médico correto, da qual não resulta prejuízo para o paciente ou familiares.

Agradecemos a todos os membros da Comissão de Bioética do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo inestimável auxílio na concretização deste trabalho.

Referências bibliográficas

1. Davies JM, Reynolds BM. The ethics of cardiopulmonary resuscitation. I. Background to decision making. *Arch Dis Child* 1992;67:1498-501.
2. Gelder MS. Life and death decisions in the intensive care unit. *Cancer* 1995;76:2171-5.
3. Marik PE, Craft M. An outcomes analysis of in-hospital cardiopulmonary resuscitation: the futility rationale for do not resuscitate orders. *J Crit Care* 1997;12:142-6.
4. Reis AGAC. Prognóstico após ressuscitação cardiopulmonar em crianças hospitalizadas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
5. Gillis J, Dickson D, Rieder M, Steward D, Edmonds J. Results of inpatient pediatric resuscitation. *Crit Care Med* 1986; 14:469-71.
6. Teach SJ; Moore PE; Fleisher GR. Death and resuscitation in the pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1995; 25:799-803.
7. Lantos JD, Berger AC, Zucker AR. Do-not-resuscitate orders in a children's hospital. *Crit Care Med* 1993;21:52-5.
8. Goh AYY, Lum LCS, Chan PWK, Bakar F, Chong BO. Withdrawal and limitation of life support in pediatric intensive care. *Arch Dis Child* 1999; 80:424-8.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1994.
10. Singer GR. Do-not-resuscitate orders. *J Fla Med Assoc* 1994; 81:30-4.
11. Hook CC, Koch KA. Ética da ressuscitação. *Clin Terapia Intensiva* 1996;1:137-49.
12. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1246/88.
13. Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal. 1ª ed. Aparecida: Santuário; 1993.
14. Lei nº 10241, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 17 de março de 1999.
15. Webster GC, Mazer CD, Potvin CA, Fisher A, Byric RJ. Evaluation of a “do not resuscitate” policy in the intensive care. *Can J Anaesth* 1991;38:553-63.
16. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993;1:129-38.

Endereço para correspondência:

Dra. Lara de A. Torreão

Rua Edith Gama Abreu, 445/1001

CEP 41840-320 - Salvador - BA

Email: laraat@uol.com.br / laraat@hotmail.com