

Francesca Rubulotta¹, Giorgia Rubulotta²

Ressuscitação cardiopulmonar e ética

Cardiopulmonary resuscitation and ethics

1. Imperial College NHS Trust - Londres, Reino Unido
2. Siracusa General Hospital - Sicília, Itália

INTRODUÇÃO

A documentação mais antiga de uma ressuscitação cardiopulmonar (RCP) data do Velho Testamento, que descreve como o profeta Eliseu ressuscitou uma criança aparentemente morta ao soprar ar em sua boca.⁽¹⁾ A moderna RCP começou em 1960 com o estudo fundamental de Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker, que relataram uma combinação de compressão fechada do tórax, respiração boca a boca e desfibrilação externa.⁽¹⁾ Desde então, a RCP e as técnicas avançadas de suporte cardíaco à vida (ACLS) salvaram muitas vidas, mas também levantaram uma série de dilemas éticos. O consentimento para realização de procedimentos de RCP é universalmente presumido. Contudo, há ocasiões em que o direito do paciente de receber RCP contrasta com a impressão de seus cuidadores de que esse tratamento não é clinicamente indicado. Por outro lado, alguns pacientes recebem ressuscitação que não queriam ter recebido. As decisões referentes à ressuscitação e à duração dos esforços de ressuscitação frequentemente acarretam diversas questões éticas cruciais. Este artigo se focalizará nos dilemas éticos relacionados com a necessidade de tomar decisões críticas em condições emergenciais ou agudas.

Riscos e benefícios dos esforços de ressuscitação

Desde 1900, a doença cardiovascular tem sido uma importante causa de morte.⁽²⁾ A RCP é um processo intenso e custoso, levado a cabo cerca de 800 mil vezes por ano nos Estados Unidos.⁽³⁾ Embora os relatos de sobrevivência à parada cardíaca, tanto no hospital como fora dele, variem amplamente,⁽⁴⁻⁶⁾ foi identificado que diversos fatores se associam ao desfecho. O fator mais importante, que determina a sobrevivência, é o tempo decorrido desde a parada.⁽³⁾ Estudos recentes estimam que a mortalidade aumenta em 3% a cada minuto sem RCP, e 4% para cada minuto sem desfibrilação.^(7,8) Esse problema de saúde pública desencadeou o desenvolvimento dos cuidados cardíacos fora do hospital nos anos 1960 e seu contínuo crescimento atual.^(9,10) A sobrevivência ajustada pelo risco após parada cardíaca no hospital melhorou na última década.⁽⁷⁾ Diversos estudos epidemiológicos identificaram fatores associados com taxas mais baixas de sobrevivência, inclusive retardos na desfibrilação, horários não comerciais e paradas sem testemunhas. Mais ainda: existe uma variação substancial nos desfechos entre diferentes hospitais, sugerindo que algumas instituições podem ter instituído melhores estratégias para os cuidados de ressuscitação.^(7,11)

Relatos precoces de sistemas de tratamento cardíaco de emergência documentaram que as arritmias iniciais mais comuns encontradas em casos de parada cardíaca fora do hospital foram fibrilação ventricular

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 26 de novembro de 2013
Aceito em 10 de dezembro de 2013

Autor correspondente:

Francesca Rubulotta
Charing Cross Hospital
Fulham Road SW6 6LJ, Londres
00447540500674
E-mail: frubulotta@hotmail.com

DOI: 10.5935/0103-507X.20130046

(FV) ou taquicardia ventricular (TV).^(11,12) As taxas de sobrevivência da parada cardíaca fora do hospital vão de 2 a 26%, sendo a ampla variação atribuída às variações nas populações relatadas.⁽¹³⁾ Fibrilação ventricular e TV são arritmias "tratáveis", não sendo imprevisível a restauração espontânea da circulação; isso contrasta com os resultados dos esforços de ressuscitação quando são encontradas arritmias não ventriculares. Os desfechos pobres das paradas cardíacas fora do hospital causadas por arritmias não ventriculares levaram tanto a um renovado interesse pelas causas dessas arritmias quanto a uma reavaliação das intervenções terapêuticas.^(14,15) Os desfechos historicamente desanimadores desses pacientes levaram a sugestões de que fossem evitadas as intervenções de ressuscitação em pacientes com parada cardíaca fora do hospital que não tivessem ritmos responsivos à cardioversão ou ao choque.⁽¹⁶⁾ Contudo, pacientes que tiveram uma parada cardíaca fora do hospital testemunhada e que tinham assistolia ou PEA não tinham um desfecho uniformemente fatal.^(17,18) Em 1998, Stratton apoiou a prática de iniciar esforços de ressuscitação em pacientes com assistolia ou PEA, particularmente se o colapso fosse testemunhado.⁽¹⁹⁾ Foram demonstrados desfechos melhores para paradas testemunhadas, nas quais foram instituídos precocemente protocolos de RCP e ACLS.^(20,21) O local da ocorrência também é um importante fator, em grande parte devido à instituição mais rápida de RCP em paradas cardíacas testemunhadas fora de casa.⁽²⁰⁾

A condição clínica de base do paciente é outro importante fator que afeta o desfecho.^(22,23)

Com base nesses dados, diversos autores sugeriram evitar os esforços de ressuscitação em pacientes com certas condições, com baixa probabilidade de ressuscitação bem-sucedida (isto é, apneia sem pulso por mais de 10 minutos antes da chegada do resgate, falta de resposta ao ACLS, assistolia ou atividade elétrica sem pulso, ausência de reação pupilar e existência prévia de doença terminal). O conhecimento dos dados referentes aos desfechos da ressuscitação em diferentes cenários clínicos é crucial quando se tomam decisões baseadas em evidência, com relação aos riscos e aos benefícios de tentar RCP e ACLS.⁽²²⁻²⁶⁾

Ética e ressuscitação cardiopulmonar

A RCP foi desenvolvida para doenças agudas, como trauma ou infarto do miocárdio. Na verdade a RCP é universal em termos de aplicação, independentemente da causa de base da parada cardiorrespiratória. Há uma crescente preocupação de que uma parcela desproporcional de orçamento de saúde seja gasto com RCP e ACLS,

particularmente quando os resultados são vistos à luz do envelhecimento populacional e da alta percentagem de óbitos nas unidades de terapia intensiva. Adicionalmente, diversos autores demonstraram que os médicos não conseguem prever as preferências dos pacientes com relação às decisões terapêuticas.⁽²⁷⁻²⁹⁾ Em razão das dificuldades inerentes em se conhecerem as preferências de um dado paciente individual, medidas de ressuscitação são tomadas para a maioria dos pacientes com parada cardíaca, a menos que existam instruções prévias documentadas.^(28,29) A preocupação de que a RCP deve ser dada mais apropriadamente a um número selecionado de pacientes, que certamente se beneficiariam, é uma questão fundamental para a prática diária do médico emergencista. Existe uma crença disseminada de que pessoas com Qualidade de Vida comprometida por doenças crônicas não desejam tratamentos agressivos de suporte à vida, mesmo em condições de emergência.⁽³⁰⁻³³⁾ Por definição, o ato de restaurar a vida é uma decisão que deve ser tomada rapidamente por médicos em situação de emergência e, infelizmente, é frequentemente baseada em quantidade insuficiente de informações disponíveis. Em alguns países, pacientes capazes têm o direito de recusar RCP no hospital, utilizando um código, e fora do hospital, utilizando sinais específicos, como pulseiras.

A capacidade de prover tratamentos de suporte à vida, inclusive RCP, foi acompanhada por diversas questões a respeito de como tomar decisões com relação ao seu uso e como lidar com seus custos.⁽³¹⁻³⁴⁾ Os comportamentos dos médicos emergencistas são frequentemente ligados a seu temor de litígio ou crítica.^(34,35) Sobre os tratamentos clínicos sem benefício demonstrável, diversos autores assumem que os médicos não têm obrigação de proporcioná-los, e pacientes e familiares não têm qualquer direito de exigí-los.⁽³⁶⁻³⁸⁾ O respeito à autonomia do paciente não exige que o médico inicie procedimentos que são clinicamente fúteis ou não apropriados.⁽³⁷⁾ Até que tenham sido desenvolvidas pelas organizações governamentais políticas formais para a medicina de emergência, os médicos emergencistas devem fazer as escolhas que julgarem mais apropriadas na situação crítica específica encontrada. Mais ainda, existe uma concordância mundial sobre a necessidade de realizar ressuscitações mais selecionadas e apropriadas por causa dos substanciais recursos que são investidos antes e após a RCP.^(38,39) A Comissão Europeia determinou que o paciente tem o direito de autodeterminação, inclusive de recusar tratamentos não desejados. Contudo, não especifica a necessidade de usar instruções prévias ou um substituto para obter esse objetivo em pacientes incapazes. Se os médicos na Europa utilizarão os desfechos do paciente ou a Qualidade de Vida em seu

processo de decisão a respeito de realizar ou não RCP, é importante ter uma compreensão adequada da terminologia. Qualidade de Vida é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma parte da definição da palavra "saúde". Segundo Curtis, é "uma avaliação holística, autodeterminada de satisfação com questões importantes para o indivíduo". Todos os pesquisadores confirmam que ela é influenciada por muitos fatores e, conseqüentemente, muitos autores utilizam o sentido mais restrito de "qualidade de vida relacionada à saúde". Pacientes com uma baixa qualidade de vida atual desejam menos terapias de suporte à vida. Além do mais, todos os pacientes que recebem RCP, mesmo que sua Qualidade de Vida prévia não estivesse comprometida, assumem o risco de que, se sua circulação for restaurada, resulte uma significativa lesão isquêmica cerebral.

Cuidado apropriado

O conceito de "futilidade clínica" se tornou popular com o crescimento da ciência médica de alta tecnologia, que criou a preocupação de que essa tecnologia simplesmente retardaria a morte por curtos períodos, em vez de restaurar a saúde do paciente. O conceito de futilidade não era conhecido antes de 1987. Em 1995, foram publicados 134 artigos a respeito do tópico, e, em 1999, uma busca no MedLine utilizando a palavra chave "*futility*" encontrou 31 novos itens.^(39,40) O termo "futilidade" é pleno de dificuldades em sua definição e interpretação. Não há, na verdade, um consenso entre os médicos a respeito da definição de futilidade.⁽⁴¹⁾ Existe, de fato, uma variedade de definições, que incluem futilidade fisiológica (falha em produzir uma resposta fisiológica), futilidade quantitativa (a probabilidade de benefício do paciente cai abaixo de um limite mínimo) e futilidade centrada no paciente (falha em produzir efeitos de que o paciente possa usufruir).⁽⁴²⁾ Ausência de benefício ou a baixa probabilidade de sucesso são os conceitos mais utilizados nas discussões sobre futilidade. Cuidado apropriado é o que os estudiosos da ética buscam, e ele foi identificado por especialistas no que se refere ao tratamento provido na UTI.⁽⁴³⁾ Um tratamento que não melhora o prognóstico, conforto, bem-estar ou estado geral de saúde do paciente, deve ser considerado fútil, ou melhor, impróprio. Os profissionais de saúde podem interpretar como intervenções impróprias aquelas com impossibilidade absoluta de acarretar um desfecho favorável, ou uma baixa probabilidade de sucesso ou sobrevivência, ou uma baixa probabilidade de restaurar uma Qualidade de Vida significativa. Schneiderman definiu futilidade como "um esforço para obter um resultado possível, mas que a razão ou experiência sugerem ser altamente improvável e que

não pode ser sistematicamente produzido".⁽⁴⁴⁾ As questões ao redor da RCP têm sido estimulantes primários para discussões sobre a propriedade clínica das medidas. Entre um grupo de médicos de unidades de terapia intensiva da Europa e Israel, percepções de cuidado impróprio foram frequentemente relatadas e inversamente associadas com fatores que indicam um bom trabalho de equipe.⁽⁴³⁾ Os médicos não têm qualquer obrigação ética de oferecer intervenções desproporcionais ou impróprias a seus pacientes porque podem exercer seu tirocínio profissional ao avaliar se um tratamento solicitado é apropriado para obter um objetivo terapêutico. Se as solicitações não forem razoáveis, o médico não deve sentir-se obrigado a proporcionar os tratamentos;⁽⁴⁵⁾ além do mais, considerando-se os limitados recursos, é eticamente justificável limitar o acesso a tratamentos dispendiosos e oferecer o benefício mínimo.⁽⁴⁶⁾ Decisões a respeito da propriedade dos tratamentos envolvem julgamentos morais a respeito do direito ou dos bons cuidados.⁽⁴⁷⁾

A falta de conhecimento sobre ética e sobre leis provavelmente exerce uma influência cautelar e cria preocupações exageradas sobre a ética e a responsabilidade legal. Em 1996, médicos da Califórnia ofereciam RCP a todos os pacientes, independentemente dos benefícios obtidos e apesar de a política do hospital permitir que não realizassem RCP em todos os pacientes. A maioria dos 69 intensivistas entrevistados acreditava que a RCP devia ser oferecida a todos os pacientes. Entretanto, os estudiosos da ética argumentam que a RCP não deve ser administrada a pacientes sem chance de se beneficiar.⁽⁴³⁾ Os médicos experimentam considerável incerteza a respeito do que é ou não ética e legalmente permissível.⁽⁴³⁻⁴⁷⁾ Uma razão legal válida para não proporcionar medidas de RCP e ACLS, claramente especificada em diretrizes, refere-se a respeitar o desejo do paciente ou a determinação do médico primário de que a ressuscitação não é desejada nem apropriada. Infelizmente, este não é o padrão de prática na Europa, especialmente nos países do sul do continente.

CONCLUSÃO

Decisões referentes à ressuscitação e à duração dos esforços de ressuscitação são aspectos comumente encontrados na medicina de emergência, e frequentemente acarretam diversas questões éticas cruciais. As conseqüências positivas e negativas devem ser cuidadosamente consideradas ao se tomarem tais decisões. São necessários mais estudos a respeito dos efeitos e dos benefícios da ressuscitação cardiopulmonar. A contenção de custos é necessária, e o uso apropriado de recursos médicos é um objetivo da medicina de emergência. Deve ser dada atenção particular ao bem-estar dos sobreviventes.

REFERÊNCIAS

- Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Part I. Introduction. *JAMA*. 1992;268(16):2171-83.
- Merchant RM, Yang L, Becker LB, Berg RA, Nadkarni V, Nichol G, Carr BG, Mitra N, Bradley SM, Abella BS, Groeneveld PW; American Heart Association Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. *Crit Care Med*. 2011;39(11):2401-6.
- Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, Nallamothu BK; American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2008;358(1):9-17.
- Cummins RO, Chamberlain DA, Abramson NS, Allen M, Baskett PJ, Becker L, et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: The Utstein style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, and the Australian Resuscitation Council. *Circulation*. 1991;84(2):960-75.
- Eisenberg MS, Cummins RO, Damon S, Larsen MP, Hearne TR. Survival rates from out-of-hospital cardiac arrest: recommendations for uniform definitions and data to report. *Ann Emerg Med*. 1990;19(11):1249-59.
- Girotra S, Nallamothu BK, Spertus JA, Li Y, Krumholz HM, Chan PS. Trends in survival after in-hospital cardiac arrest. *Circulation*. 2011; 124:A509.
- Chan PS, Nallamothu BK. Improving outcomes following in-hospital cardiac arrest: life after death. *JAMA*. 2012;9;307(18):1917-8.
- Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, Braithwaite RS, Kashner TM, Carey SM, Meaney PA, Cen L, Nadkarni VM, Praestgaard AH, Berg RA; National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *JAMA*. 2008;299(7):785-92.
- Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 1991;83(5):1832-47.
- Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, et al. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study. *Ann Intern Med*. 2011;154(6):384-90.
- Becker LB, Aufderheide TP, Geocadin RG, Callaway CW, Lazar RM, Donnino MW, Nadkarni VM, Abella BS, Adrie C, Berg RA, Merchant RM, O'Connor RE, Meltzer DO, Holm MB, Longstreth WT, Halperin HR; American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. Primary outcomes for resuscitation science studies: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;124(19):2158-77.
- Eisenberg MS, Horwood BT, Cummins RO, Reynolds-Haertle R, Hearne TR. Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities. *Ann Emerg Med*. 1990;19(2):179-86.
- Chan PS, Nichol G, Krumholz HM, Spertus JA, Jones PG, Peterson ED, Rathore SS, Nallamothu BK; American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR) Investigators. Racial differences in survival after in-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2009;302(11):1195-201.
- Viskin S, Belhassen B, Roth A, Reicher M, Averbuch M, Sheps D, et al. Aminophylline for bradycardic cardiac arrest refractory to atropine and epinephrine. *Ann Intern Med*. 1993;118(4):279-81.
- Wright D, Bannister J, Ryder M, Mackintosh AF. Resuscitation of patients with cardiac arrest by ambulance staff with extended training in West Yorkshire. *BMJ*. 1990;301(6752):600-2.
- Winters BD, Pham J, Pronovost PJ. Rapid response teams--walk, don't run. *JAMA*. 2006;296(13):1645-7.
- Stueven HA, Aufderheide T, Waite EM, Mateer JR. Electromechanical dissociation: six years prehospital experience. *Resuscitation*. 1989;17(2):173-82.
- Pepe PE, Abramson NS, Brown CG. ACLS--does it really work? *Ann Emerg Med*. 1994;23(5):1037-41.
- Stratton SJ, Niemann JT. Outcome from out-of-hospital cardiac arrest caused by non-ventricular arrhythmias: contribution of successful resuscitation to overall survivorship supports the current practice of initiating out-of-hospital ACLS. *Ann Emerg Med*. 1998;32(4):448-53.
- Kuisma M, Määttä T, Repo J. Cardiac arrests witnessed by EMS personnel in a multitiered system: epidemiology and outcome. *Am J Emerg Med*. 1998;16(1):12-6.
- Litwin PE, Eisenberg MS, Hallstrom AP, Cummins RO. The location of collapse and its effect on survival from cardiac arrest. *Ann Emerg Med*. 1987;16(7):787-91.
- Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Engl J Med*. 1983;309(10):569-76.
- Myerburg RJ, Kessler KM, Zaman L, Conde CA, Castellanos A. Survivors of prehospital cardiac arrest. *JAMA*. 1982;247(10):1485-90.
- Chan PS, Nichol G, Krumholz HM, Spertus JA, Nallamothu BK; American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR) Investigators. Hospital variation in time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *Arch Intern Med*. 2009;169(14):1265-73.
- Callahan M, Madsen CD. Relationship of timeliness of paramedic advanced life support interventions to outcome in out-of-hospital cardiac arrest treated by first responders with defibrillators. *Ann Emerg Med*. 1996;27(5):638-48.
- Dull SM, Graves JR, Larsen MP, Cummins RO. Expected death and unwanted resuscitation in the prehospital setting. *Ann Emerg Med*. 1994;23(5):997-1002.
- Greenberg LW, Ochsenschlager D, Cohen GJ, Einhorn AH, O'Donnell R. Counseling parents of a child dead on arrival: a survey of emergency departments. *Am J Emerg Med*. 1993;11(3):225-9.
- Kellerman AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA*. 1993;270(12):1433-6.
- Lewis LM, Ruoff B, Rush C, Stothert JC Jr. Is emergency department resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest victims who arrive pulseless worthwhile? *Am J Emerg Med*. 1990;8(2):118-20. Erratum in *Am J Emerg Med*. 1990;8(4):371.
- Varon J, Fromm RE Jr. In-hospital resuscitation among the elderly: substantial survival to hospital discharge. *Am J Emerg Med*. 1996;14(2):130-2.
- Bonnin MJ, Pepe PE, Kimball KT, Clark PS Jr. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA*. 1993;270(12):1457-62.
- Frank M. Should we terminate futile resuscitations in the field? Can we afford not to? *Ann Emerg Med*. 1989;18(5):594-6.
- Kellerman AL, Hackman BB. Terminating unsuccessful advanced cardiac life support in the field. *Am J Emerg Med*. 1987;5(6):548-9.
- Marco CA, Bessman ES, Schoenfeld CN, Kelen GD. Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians. *Acad Emerg Med*. 1997;4(9):898-904.
- Van Hoeyweghen R, Mullie A, Bossaert L. Decision making to cease or to continue cardiopulmonary resuscitation (CPR). The Cerebral Resuscitation Study Group. *Resuscitation*. 1989;17 Suppl:S137-47; discussion S199-206.
- Fischer GS, Tulskey JA, Rose MR, Siminoff LA, Arnold RM. Patient knowledge and physician predictions of treatment preferences after discussion of advance directives. *J Gen Intern Med*. 1998;13(7):447-54.
- Ebell MH, Doukas DJ, Smith MA. The do-not-resuscitate order: a comparison of physician and patient preferences and decision-making. *Am J Med*. 1991;91(3):255-60.

38. Swing L, Cooke M, Osmond D, Luce JA, Brody RV, Bird C, et al. Physician responses to a hospital policy allowing them to not offer cardiopulmonary resuscitation. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(10):1215-9.
39. Marco CA. Ethical issues of resuscitation. *Emerg Med Clin North Am.* 1999;17(2):528-38, xiii-xiv.
40. Hackler JC, Hiller FC. Family consent to orders not to resuscitate. Reconsidering hospital policy. *JAMA.* 1990;264(10):1281-3.
41. Helft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *New England J Med.* 2000;343(4):293-6.
42. Brody BA, Halevy A. Is futile a futile concept? *J Med Philos.* 1995;20(2):123-44.
43. Piers RD, Azoulay E, Ricou D, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, Michalsen A, Maia PA, Owczuk R, Rubulotta F, Depuydt P, Meert AP, Reyners AK, Aquilina A, Bekaert M, Van den Noortgate NJ, Schrauwen WJ, Benoit DD; APPROPRICUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA.* 2011;306(24):2694-703.
44. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Int Med.* 1990;112(12):949-54.
45. Veatch RM, Spicer CM. Medically futile care: the role of the physician in setting limits. *Am J Low Med.* 1992;18(1-2):15-36. Review.
46. Solomon MZ. How physicians talk about futility: making words mean too many things. *J Law Med Ethics.* 1993;21(2):231-7.
47. Truog RD, Brock DW, Cook DJ, Danis M, Luce JM, Rubenfeld GD, Levy MM; Task Force on Values, Ethics, and Rationing in Critical Care (VERICC). Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006;34(4):958-63; quiz 971.