
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA E SAÚDE DA CRIANÇA
MESTRADO

**ATITUDES MÉDICAS NAS
ÚLTIMAS 48 HORAS DE VIDA DE
PACIENTES ADULTOS INTERNADOS
EM TRÊS UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO NO SUL DO BRASIL**

Jairo Constante Bitencourt Othero

jonh@terra.com.br

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da PUCRS para
obtenção de título de Mestre em Pediatria
Orientador: Prof. Dr. Jefferson Pedro Piva

Porto Alegre, 2008

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

O87a Othero, Jairo Constante Bitencourt
Atitudes médicas nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos internados em três UTIs no sul do Brasil / Jairo Constante Bitencourt Othero; orient. Jefferson Pedro Piva. Porto Alegre: PUCRS; 2008.

100f.: tab.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina. Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança.

1. ORDENS QUANTO À CONDUTA (ÉTICA MÉDICA). 2. SISTEMAS DE REGISTROS DE ORDENS MÉDICAS. 3. CUIDADOS PARA PROLONGAR A VIDA. 4. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. 5. MORTE ENCEFÁLICA. 6. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. 7. ADULTO. 8. ATITUDE FRENTE A MORTE. 9. DOADORES DE TECIDOS. 10. ESTUDOS OBSERVACIONAIS. 11. ESTUDOS RETROSPECTIVOS. I. PIVA, JEFFERSON PEDRO. II. Título.

C.D.D. 616.12
C.D.U. 616.8-036.88:616-053.8(816)(043.3)
N.L.M. WX 162

Rosária Maria Lúcia Prena Geremia
Bibliotecária CRB10/196

MESTRANDO: JAIRO CONSTANTE BITENCOURT OTHERO
ENDEREÇO: RUA ORESTE TRAVI – 242 – CASA – JARDIM MAUÁ
NOVO HAMBURGO – CEP: 93.548.440
e-mail: jonh@terra.com.br
TELEFONE: (051) 3595. 2774
ÓRGÃO FINANCIADOR: CAPES
CONFLITO DE INTERESSES: NENHUM

*LASCIATE TUTTA LA SPERANZA, VOI CHE
ENTRATE!*

[Dante Alighieri – A Divina Comédia]

Dedicatória

Aos que vivem e aos que morrem em UTI.

Pela dedicação. Pela confiança.

Pelo sofrimento e pela dor.

Por nossas crenças, valores e expectativas. Por nossas incertezas, nossas buscas e resultados.

Para que sempre tenhamos alguém junto ao nosso leito de morte.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr Jefferson Piva, por acreditar em mim e que era possível, começo e fim de todo esse trabalho, incentivo e estímulo para que façamos sempre mais e melhor.
 - Aos colegas que foram co-autores, por sua força, determinação e contribuições, especialmente à Dra Patrícia Lago em sua generosidade.
 - Aos professores do Mestrado, iluminando passo a passo nosso caminhar. Solícitos, pacientes e fortes em nossas quedas.
 - Aos colegas de mestrado, tornando possível começar tudo de novo e encontrar a graça, a amizade, o companheirismo, as perguntas e as respostas, a motivação e força que nos levam à superação.
 - Às secretárias da pós-graduação, Carla Rothmann e Ana Cardoso, pela paciente competência com seus novos mestrandos, um reiniciar sem fim.
 - Aos coordenadores das instituições e áreas estudadas que viabilizaram a pesquisa em todas suas nuances.
 - Aos colegas de trabalho que deram cobertura em minhas dificuldades na escala de plantões ao longo desses dois anos.
 - Às Comissões de Ética em Pesquisa que confiaram na justificativa, retidão e propósitos dos pesquisadores.
 - A CAPES, pela bolsa de mestrado.
 - Aos meus familiares que tudo suportaram com graça e bom humor.
-

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv

CAPÍTULO I

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	2
1.2 REFERÊNCIAS	27
1.3 JUSTIFICATIVA	33
1.4 HIPÓTESE.....	35
1.5 OBJETIVOS	36
1.5.1 Objetivo Geral	36
1.5.2 Objetivos Específicos.....	36

CAPÍTULO II

2 MÉTODOS.....	39
2.1 Delineamento	39
2.2 População e Amostra	39
2.3 Hospitais	44

2.4 Variáveis	45
2.5 Desfecho	50
2.6 Análise Estatística	50
2.7 Considerações Éticas.....	51

CAPÍTULO III

3 ARTIGO ORIGINAL	53
INTRODUÇÃO.....	56
MÉTODOS.....	58
RESULTADOS.....	63
DISCUSSÃO.....	71
REFERÊNCIAS	78

CAPÍTULO IV

4 CONCLUSÕES.....	85
--------------------------	-----------

APÊNDICES

Apêndice A - Protocolo de Pesquisa	88
Apêndice B - Manual de Pesquisa	91

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO III

- Tabela 1** - Características dos pacientes e internações nos três hospitais (2004-2005)..... 64
- Tabela 2** - Características das enfermidades nos três hospitais -2004-2005 ... 65
- Tabela 3** - Características dos pacientes submetidos à Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) e com limitação de Suporte de Vida (LSV) ocorrido nas três UTI entre 2004-2005 67
- Tabela 4** – Prevalência das diferentes formas de Limitação de Suporte de Vida (LSV) nas três UTI estudadas 68
- Tabela 5** – Frequência e características da tomada de decisão de Limitação de Suporte de Vida (LSV) nas três UTI estudadas 69
- Tabela 6** – Comparação entre as intervenções adotadas nos pacientes submetidos a Reanimação Cardio-Pulmonar e com Limitação de Suporte de Vida ocorrido nas três UTI entre 2004-2005 70
-

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	análise de variância (analysis of variances)
APACHE	acute physiologic and chronic health evaluation
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CEM	Código de Ética Médico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPR	cardio-pulmonary resuscitation
D A IMUNIDADE	doenças que afetam a imunidade
D CARDIOVASC	doenças cardiovasculares
D RESP	doenças respiratórias
DATASUS	sistema de informatização dos dados do SUS
DISF CARDIOVASC	disfunção cardiovascular
DISF RESPIRATÓRIA	disfunção respiratória
DMOS	disfunção múltipla de órgãos e sistemas
DNR	<i>do not resuscitate</i>
EOLC	<i>end of life care</i>
EUA	Estados Unidos da América
H1	hospital 1
H2	hospital 2
H3	hospital 3
HSL	Hospital São Lucas
HVVC	hemodiálise veno-venosa contínua
ICU	<i>intensive care unit</i>
LOS	<i>length of stay</i>
LSL	<i>life support limitation</i>
LSV	limitação do suporte de vida
MA	médico assistente

ME	morte encefálica
MOTIVO INTERN HOSP	motivo da internação hospitalar
MOTIVO INTERN UTI	motivo da internação em UTI
N FALÊNCIAS	número de falências
NPT	nutrição parenteral total
ONI	ordem de não intubar
ONO	ordem de não oferta
ONR	ordem de não reanimação
ONR	ordem de retirada
PAMS	<i>pré-arrest morbidity score</i>
PCR	parada cardio-respiratória
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RCP	reanimação cardio-pulmonar
SAPS	<i>simplified acute physiology score</i>
SGANZ	cateter de termodiluição de Swan-Ganz
SOFA	<i>sequential organ failure assessment</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TEMPO HOSP	tempo de hospitalização
TISS	<i>therapeutic index severity score</i>
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UTI	unidade de tratamento intensivo
VMI	ventilação mecânica invasiva
VNI	ventilação não invasiva

RESUMO

Objetivos: analisar as atitudes médicas nas últimas 48 horas de vidas de pacientes adultos que morrem em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), as decisões de Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) e de Limitação do Suporte de Vida (LSV), os fatores determinantes, seus responsáveis e registros, o diagnóstico de ME e a conduta para os não doadores.

Métodos: estudo observacional retrospectivo com análise dos prontuários médicos de três UTI de Porto Alegre (Brasil), de 2004 e 2005. Intensivistas foram treinados para preencher o protocolo e registrar os dados demográficos e todo o tratamento médico oferecido nas últimas 48 horas de vida. Foram analisados dados gerais de cada paciente (idade, sexo, tempo de internação hospitalar e de UTI), do diagnóstico principal (motivo da internação hospitalar e em UTI, disfunções orgânicas das últimas 48 horas de vida, causas dos óbitos, diagnóstico de morte encefálica e doações) e das condutas (RCP ou LSV). A participação dos familiares e dos médicos e seus registros foram criteriosamente estudados.

Resultados: 710 mortes identificadas, com perda de 10,5%. 636 óbitos analisados, 87 foram submetidos a RCP (14,0%): mais jovens, menor tempo de internação hospitalar e em UTI ($p < 0,001$), quando comparados aos 538 pacientes submetidos a LSV (86%). Desses, 75% tiveram ONR, com tratamento pleno até a morte. 67% dos prontuários sem registros dessas decisões. A ME é rara (11/636), os não doadores são mantidos com ventilação e vasopressores

até a PCR. Apenas 25% das famílias partilhou dessas decisões com a equipe médica.

Conclusões: A LSV é pratica dominante em UTI, com escassos registros, sendo a ONR sua forma mais comum, com tratamento pleno mantido até a morte. A ME e as doações são raras, os não doadores são mantidos com vasopressores e ventilação até a PCR. Três de cada quatro famílias não participam dessas decisões.

Palavras-Chave: assistência terminal, assistência paliativa, cuidados para prolongar a vida, ordens de não ressuscitar, futilidade médica, eutanásia passiva, morte encefálica.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the medical attitudes in the last 48 hours of adults dying in Intensive Care Unit (ICU), the Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Life Support Limitation (LSL), its determinants, medical chart report, the brain death diagnosis and the management for non donors.

Methods: observational, multicenter, retrospective study, based on medical chart review in three ICUs in Porto Alegre, Brazil, from 2004 to 2005. Intensivists were trained for filling a protocol to record demographic data and all medical management in the last 48 hours of life. We analyzed general data from each patient (age, gender, time in hospital, time in ICU), from the main diagnosis (reason for hospital and ICU intervention, organ failure in the last 48 hours of life, cause of death, diagnosis of brain death and donations) and from the procedures (CPR e LSL). The participation of the family, the medical staff and their records were examined thoroughly.

Results: 710 deaths were identified with 10.5% of missed records. 636 charts were studied. CPR was performed in 87 patients (14%) that were younger, with lower Length of hospital and in the ICU ($p < 0,001$) when compared with 538 patients with LSL (86%). In the LSL group, 75% were DNR order with full treatment offered until death. In 67% of the cases the decisions were not recorded in the medical chart. Brain death is uncommon finding (11/636) and the non donors are maintained with mechanical ventilation and vasopressors

infusion until cardiac death. Just 25% of the families shared the decisions with the medical staff.

Conclusion: LSL is a frequent practice in Brazilian ICU with scarce report in the medical chart; being the DNR order the most common practice with full treatment sustained up to death. Brain death and organ donation are uncommon and the non donors are sustained with mechanical ventilation and vasopressors infusion up to cardiac arrest. Just one out of four families shares these medical decisions.

Keywords: terminal assistance, palliative assistance, do not resuscitate orders, passive euthanasia, medical futility, brain death.

CAPÍTULO I

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

“Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva”.
(Hipócrates)¹

“Nós não temos o direito, como médicos, em qualquer circunstâncias, de adotar alguma atitude que possa abreviar a vida, ou prolongar o morrer, de qualquer paciente sob nossos cuidados”. **(Charles Sprung)²**

O dilema como acima colocado - presente no juramento hipocrático e na citação modificada de um artigo de Charles Sprung e colegas - cristaliza o momento que a Medicina Intensiva vive em nossos dias: um médico intensivista

dividido entre o fazer sempre tudo para todos e a limitação do suporte de vida para os pacientes terminais.²

As diferentes formas de morrer que hoje se tornaram realidade trouxeram a pacientes, familiares, instituições e profissionais da saúde, questionamentos técnicos, éticos, sociais, legais e bioéticos de todo ainda não resolvidos em muitos países. Um dilema antigo a exigir novas posturas.

A terminalidade humana tem sido um desafio para o homem desde nossos tempos mais remotos. Alguns relatos históricos dão conta que a morte e o morrer foram culturalmente vivenciados de forma muito diversa da atual.

Philippe Ariès, em sua obra *A História da Morte no Ocidente*, nos conta que o habitual e esperado era, antes de tudo, saber-se que ia morrer: não se morre sem se ter tido tempo de saber que se vai morrer. Com isto, havia tempo para a preparação para a morte – não havia pressa no morrer, mas quando viam a hora, sem precipitação, como devia ser, morriam como cristãos.³

Essa preparação incluía o lamento pela vida, o perdão dos companheiros e familiares, o encaminhamento para encontrar-se com Deus, tendo como fecho a extrema-unção. Isto tudo em casa, jazendo o enfermo em seu leito, seu quarto aberto sem cerimônia a seu público mais chegado, familiar, no qual se incluíam, com naturalidade, a presença das crianças. A tal ponto chegava que muitas vezes os médicos que os acompanhavam, e já possuidores de conceitos de higiene, reclamavam do número de pessoas no quarto do moribundo. Nesse cenário aquele que morria fazia seus pedidos e

destinava suas posses, estabelecia seus últimos laços, suas últimas relações. Assim se morreu durante séculos ou milênios, quando a morte era percebida, aceita e tratada como mais um fato natural da vida.³

Esse enfrentamento da morte e do morrer não separava o homem da natureza, facilitando a aceitação desse fenômeno como parte de uma ordem natural das coisas. Alguns autores consideram essa uma forma ritual apaziguante do ponto de vista cultural.³

Contudo, uma vez morto, era temido, e como tal, enterrado longe da cidade para que não voltasse ao convívio com os vivos. Assim surgiram os cemitérios distantes como já na Roma antiga, que proibia o enterro no interior da cidade, surgindo o progressivo afastamento entre os vivos e os que morrem.

Acredita-se que, do século XII ao XV, se desenvolveu uma nova percepção cultural da morte e do morrer, mais intimamente relacionados com nossos dias, aproximando-a da percepção de cada um como indivíduo, sua própria história – sua biografia, e um apego crescente às bens materiais e aos seres que possuía. Nesse contexto o testamento representava um depoimento do moribundo sobre sua vida, crenças, confissões, além do encaminhamento de suas últimas decisões sobre posses, o que finalmente se romperia a partir do século XVII quando a morte passa a ser culturalmente vista como uma ruptura, e como tal, a ser interdita.³

Progressivamente a morte deixa de ser um evento familiar natural, aceito, para algo doloroso e rejeitado. O testamento muda e dirige apenas as

decisões de bens daquele que morre, e sua família se distancia paulatinamente de seu sofrimento em seu leito de morte, pois a convivência com o sofrimento torna-se um fardo difícil de suportar.

Já no século XX, entre 1930 e 1950, o morrer e a morte abandonam de vez as casas e as famílias, sendo o moribundo levado para morrer nos hospitais, isolado e sozinho. Logo nos hospitais, que surgiram como centros de apoio e recuperação de peregrinos e miseráveis, tornam-se aos poucos centros de tratamento e cura, com recursos tecnológicos modernos, agora centros para pacientes terminais. Com isto, vai-se aos hospitais não mais para sermos curados, mas para morrer.³

Nesse ambiente a morte não terá os elementos dramáticos da morte em casa entre familiares, transformando-se num rito técnico no qual o momento da morte é decidido pela própria equipe, à distância e sem a participação da família. Num século de pressa e precipitações, a morte combatida e postergada, como resultado das enfermidades crônicas e das disfunções orgânicas múltiplas, surge como um processo lento que se acompanha de certa inquietude e impaciência da família. Talvez por que já não se possa esperar tanto por um momento que parece ter perdido o sentido, pois o tempo e nossa história desfizeram seus significados.³⁻⁴

Na primeira metade do século XX , a morte na sociedade ocidental pós-moderna se dava no seio das famílias, com uma conotação de fenômeno sociológico de natureza privada – em ambiente familiar estrito – e espiritual, à

medida que intermediada pelas tradições culturais da população, largamente religiosas⁵ mas nos últimos 50 anos, nos grandes centros urbanos, uma crescente mudança social se operou: o domínio da tecnologia médica.⁶

Uma das raízes dominantes dessa mudança nas grandes cidades é a crescente centralização da assistência médica nos grandes hospitais. Serviços médicos 24 horas por dia, com pronto atendimento e emergência de várias especialidades, plenos de tecnologia e profissionais experientes, dispendo de múltiplos convênios que tornam o sistema acessível, funcionam como mais um objeto de consumo, drenando para si vastas demandas de populações e seus enfermos agudos e crônicos.⁶⁻⁸

Esse movimento quando observado em seu perfil macro é impressionante. Dados da assistência pública dos EUA (com uma população próxima a 280 milhões de habitantes) revelam que, em 1999, tiveram internação hospitalar quase 36 milhões de pacientes, sendo quase sete milhões em UTI (são perto de seis mil unidades americanas). Dados mais recentes mostram que entre 1985 e 2000 o número de leitos intensivos aumentou 26%, com uma média anual de 4,4 milhões de internações nessas unidades, e que em torno de 20% de todas as mortes nos EUA acontecem em UTI. No Brasil os dados do DATASUS de 2001 apontam 11 milhões de internações hospitalares, com estimadas 600 mil em UTI, num país com cerca de 180 milhões de habitantes.⁷⁻¹³

Essa medicina de alta resolubilidade cresceu a partir dos primeiros trabalhos de Florence Nightingale na guerra da Criméia. Essa enfermeira, ao separar os pacientes cirúrgicos mais graves em ambientes próprios e dispensar cuidados intensivos, conseguiu uma redução de mortalidade de 40% para 2%, isto no ano de 1854. Alguns anos depois surgia nos EUA a primeira UTI pós-cirúrgica para pacientes neurocríticos baseada na mesma estratégia assistencial, consolidando a prática de cuidados intensivos como bem sucedida, a ponto que na década de 1960 perto de 25% dos hospitais americanos tinham UTI e no fim da década de 1970 todos dispunham de unidades de tratamento intensivo.

A crescente complexidade das cirurgias, aliada a anestesiologia moderna e cuidados de pós-operatório, articulou-se a uma tecnomedicina incipiente, mas bastante operacional e se impôs. Quando na década de 1960 as técnicas de Reanimação Cardio-Respiratória [RCR] se afirmaram, o ciclo se fechou, dando origem às primeiras unidades de cuidados intensivos coronarianas e logo as unidades de tratamento intensivo cirúrgicas e gerais, a receber os pacientes mais disfuncionados e graves dos hospitais ^{14, 15}

Pode-se dizer, portanto, que as unidades de tratamento intensivo [UTI] estão assim colocadas - uma base assistencial de qualidade que fomenta e fomentou a crescente confiança da população na medicina hospitalar urbana. Acredita-se que esse contexto trouxe, igualmente, os pacientes mais graves do seio de suas famílias aos hospitais, assim como os hospitais que, aos poucos, os encaminharam para a UTI – o hospital do hospital.

As enfermidades de maior impacto na terminalidade humana em UTI incluem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o Infarto Agudo do Miocárdio, o Câncer, os Eventos Vasculares Encefálicos e as Pneumonias, sendo em seu conjunto responsáveis por metade das admissões com morte em UTI nesse estudo americano. Ao mesmo tempo é sabido que pacientes com doenças crônicas que morrem em hospital, metade deles interna em UTI em seus últimos três dias de vida.^{6, 16, 17}

Nos últimos 40 anos, a mortalidade média em UTI tem se mantido alta, variando sua prevalência de seis à 40% conforme a série, tipo de unidade e hospital, nível de referência e demanda, mesmo com uma florescente tecnologia médica nas UTI para diagnóstico e terapia.^{16, 17} Para se ter uma idéia, nos EUA estima-se que em 1999 morreram 2,4 milhões de pessoas, sendo que em torno de um milhão em ambiente hospitalar, dos quais 500 mil internados em UTI e uma estimativa de que 20% das mortes nos EUA ocorrem em unidades de tratamento intensivo.¹⁰⁻¹²

A UTI é um cenário bastante típico da terminalidade humana de nossos dias, precisando compor para essa demanda um conjunto de competências que abranja uma assistência de fim da vida de elevada qualidade. Se assim não for corremos o risco do uso imperativo da tecnologia médica, tornando-se mais uma armadilha do que uma opção tecnológica.¹⁸ Isto faz tanto sentido que o National Institute of Health dos EUA identificou a terminalidade humana em UTI como prioridade para saúde pública americana.^{11, 19}

Saliente-se que esta prioridade tem como bases as evidências surgidas em vários trabalhos, em diferentes países, ao longo dos últimos 15 anos, e que incluem uma extensa gama de razões apontadas por especialistas, sociedades, consensos, protocolos e pesquisas.^{2,5,6}

A pergunta inicial da V Conferência Internacional de Consenso sobre os Desafios dos Cuidados do Fim da Vida em UTI em Bruxelas foi: há problemas com os cuidados do fim da vida em UTI? A resposta foi – sim.⁶

Um olhar mais apurado sobre essa questão revela uma realidade complexa mesmo entre os países mais desenvolvidos. Vários autores têm apontado como causas desses problemas uma prática médica inadequada, destacando-se entre as quais:

- ✓ modelos imprecisos para predição de morte;
 - ✓ grande variabilidade nas práticas médicas à beira do leito;
 - ✓ conhecimento vago das preferências dos pacientes;
 - ✓ comunicação problemática entre equipes e famílias;
 - ✓ terminologia profissional imprecisa e insensível;
 - ✓ equipes mal treinadas para a terminalidade humana
 - ✓ registros médicos incompletos;
-

Esses e outros aspectos assistenciais próprios dos cuidados ao paciente que morre em UTI têm gerado insatisfação de familiares, pacientes e mesmo da equipe de enfermagem, cujos níveis de desconforto são maiores que dos médicos.⁶ Tem sido sugerido que os aspectos culturais, sociais, pessoais e de formação profissional têm relevância na diversidade e desencontros dessa prática, ainda que nos últimos cinco anos novas evidências têm apontado para mudanças.^{10, 13, 20}

A variabilidade nas práticas à beira do leito tem sido considerada como resultado da influência de vários fatores, tais como origem geográfica, a formação dos profissionais, sua experiência, sua especialidade e mesmo sua ascendência, bem como o tipo de UTI, de hospital, sua demandam.^{2, 5, 11, 12}

Sabe-se que a formação dos profissionais da Medicina Intensiva deixa a desejar quanto ao acolher e tratar aquele que vai morrer na UTI, incluindo-se aqui seus familiares como interlocutores ativos e presentes. Isto se deve, provavelmente, a deficiente formação acadêmica do médico. A estrutura curricular, mesmo em países mais desenvolvidos como os EUA, não costuma privilegiar uma educação generosa nesse tema. A tanatologia ainda está bastante ausente nos currículos das escolas de medicina e mesmo dos programas de residência médica. Um estudo publicado no *Annals of Internal Medicine* mostrou que das 126 escolas americanas existentes, apenas cinco abordavam temas ligados à terminalidade humana, enquanto que em mais de sete mil programas de Residência Médica apenas 26 incluíam a terminalidade e suas questões como tema de estudo e debate.²¹

Em um artigo publicado em 2003, os autores realizaram um inquérito com 1500 estudantes de medicina, perto de 300 médicos residentes e 300 professores de medicina em centros acadêmicos de todos os EUA. Foi consenso nesse estudo que é responsabilidade do médico auxiliar aos pacientes a prepararem-se para a morte e o morrer, mas dessa amostra apenas 18% recebeu educação formal sobre terminalidade humana, sendo que 30% consideraram a formação recebida como de má qualidade; 40% dos alunos e médicos residentes consideraram-se não preparados para trabalhar com a terminalidade humana assistida por médicos; apontaram como clara a percepção de desvalia dos aspectos psicossociais do paciente por parte dos professores e igualmente das oportunidades de ensino à beira do leito da morte e do morrer vivenciadas, ao contrário da sempre presente valorização dos aspectos tecnológicos da medicina moderna. Alunos informaram que a terminalidade humana recebe menos atenção mesmo do que o ensino de doenças raras como, por exemplo, Lupus Eritematoso Sistêmico.^{22,23}

Outras publicações têm mostrado dados que reforçam a fragilidade do ensino médico no que diz respeito a tanatologia de modo geral, incluindo-se a Morte Encefálica e a terminalidade humana assistida por médicos como temas pouco abordados, pouco conhecidos. Os autores apontam uma concentração do ensino em procedimentos e intervenções, com nenhum treino ou formação na arte das relações interpessoais, nos estudos da morte e do morrer, privilegiando aspectos tecnológicos, criando limitadas oportunidades de aprendizado das habilidades de comunicação.^{23, 24}

As margens das normativas deontológicas são importantes referenciais para os médicos brasileiros, pois normalmente delimitam suas atitudes assistenciais. Uma análise mais superficial do atual Código de Ética Médica (CEM) que é de 1988, pode levar a um entendimento, digamos, mais conservador de suas definições e, por conseguinte, mais limitante no que parece definir. Contudo, numa leitura mais atenta percebe-se que nossas atitudes mais proativas frente ao paciente terminal em UTI encontra lastro deontológico em vários de seus artigos.²⁵

Em qualquer estudo mais abrangente da literatura médica universal sobre o tema hoje em dia transparece que é considerado ético e legal, por médicos, associações médicas, escolas de medicina, magistrados e cortes em vários países - entre as quais a Associação Médica Mundial e a Organização Mundial da Saúde – não oferecer ou mesmo retirar tratamento considerado fútil, ao mesmo tempo em que é enfatizada a diferença entre eutanásia e a LSV.

No Capítulo I, dos Princípios Fundamentais, o artigo 5 nos remete a um dever de aprimoração pessoal continuada nos conhecimentos da medicina e do progresso científico, para ser usado em benefício do paciente, enquanto o corpo do artigo 42 nos diz que é vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

A obstinação terapêutica por vezes é uma prática na qual o médico intensivista se vê prisioneiro, mesmo sabendo que gera sofrimento físico e/ou moral indevidos ao paciente. Não só os custos financeiros, mas o impacto

psicossocial que pode ser devastador, especialmente por prolongar o morrer, são resultados indesejados. Essa armadilha pode ser difícil de ser desativada, mas o artigo 29 no Capítulo das Responsabilidades Profissionais afirma que é vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Seria exagero esperar que, a luz da moralidade e ética médica de nosso tempo, o uso da maquinaria de uma UTI não se limitasse as suas possibilidades técnicas e sim estivesse sempre vinculado a um uso em benefício real do paciente? Seria exagero considerar a pratica da obstinação terapêutica como imperícia?

É possível como plantonistas, por exemplo, ter algum constrangimento frente a certas circunstâncias médicas e ao mesmo tempo não se sentir com liberdade para interferir. O artigo 28 que fala dos Direitos do Médico é claro ao afirmar que é direito do médico recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Esse sentimento de impropriedade a certas intervenções médicas em pacientes terminais com certeza é muito pessoal. Mas, ao mesmo tempo, muito humano. Não pode ser desconsiderado. O CEM sabiamente coloca em seu artigo 49 que é vedado ao médico participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis.

As margens éticas mudam ao longo do tempo, acompanhando seu próprio tempo. Em importante publicação do fim de 2006 o Conselho Federal de Medicina homologou a Resolução 1805 que reconhece como procedimento

eticamente adequado a retirada ou não oferta de tratamento para pacientes considerados como terminais, abrindo um espaço para a prática da LSV dentro de suas margens éticas mais atuais.²⁶

Atualmente essa resolução está sob júdice, com seu conteúdo e propostas sendo discutidos em seus aspectos legais. De toda forma para a prática de uma medicina de qualidade na terminalidade humana é fundamental que seja mantida. Seus artigos são bastante claros e nos remetem diretamente ao que estamos discutindo e praticando. A importância de suas definições fica explícita em seu texto breve e contemporâneo:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Essa leitura do CEM é muito pessoal. Ainda assim muitos de nós ficam inseguros frente ao artigo 57, no capítulo da Relação com Pacientes e Familiares, que diz ser vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente. Uma primeira leitura parece nos impelir à obstinação terapêutica, ao tratamento fútil. Por outro lado pode muito bem se referir ao tratamento paliativo, pois o controle da dor e do sofrimento muitas vezes por nós negligenciado em ambientes intensivos em favor de um tratamento curativo que não tem mais sentido.

A prática à beira do leito em UTI tem sua diversidade composta por nossa perspectiva histórica, cultural, de formação e pelo entendimento que se faz do código de Ética Médica.^{2, 8, 27}

Isto tem ficado nítido ao compararem-se as opções adotadas pelos intensivistas junto aos pacientes frente à morte e ao morrer – ordens de não reanimação [ONR], ordens de não oferecer [ONO], ordens de retirar [OR],

Ordens de Não Intubar [ONI] e mesmo suas atitudes frente ao diagnóstico de Morte Encefálica [ME] e do paciente com ME e não doador.^{5, 14, 28-32}

Sabe-se que médicos dos EUA e do norte da Europa costumam ter uma conduta menos paternalista do que médicos do sul da Europa e da América Latina.^{5, 33} É claro que o médico que adota uma forma de limitação do suporte de vida o faz por acreditar que (i) o paciente assim o desejava; (ii) que se não morrer haverá dano cognitivo irreparável; (iii) que o tratamento será incapaz de evitar a morte.⁸ Ainda assim essas decisões e suas nuances são bastante variáveis.³⁴

Está bastante evidente em várias referências da literatura nesse tema que a decisão médica de limitar de alguma forma o suporte vital oferecido aos pacientes que estão por morrer na UTI tem crescido muito. Atualmente esta forma de agir freqüentemente determina o momento da morte desses pacientes, com crescimento de 51% para 90% em cinco anos.^{4, 5, 8, 17} Alguns trabalhos têm mostrado que a prevalência da limitação de suporte vital na terminalidade humana em UTI fica entre 63 e 76%. Numa publicação onde os óbitos em UTI de 109 pacientes consecutivos foram estudados apenas, apenas 17% foram reanimados, sendo essas práticas também comuns em unidades pediátricas.^{4, 8, 35-37} Atualmente, em países como os EUA, é reconhecido que a LSV precede o óbito da vasta maioria dos pacientes em UTI, mas essa é uma prática médica de presença praticamente universal, que se evidencia mesmo em países orientais e em diferentes credos.^{13, 30, 38-40}

No Brasil, os dados ainda são poucos. Estudos em unidades pediátricas revelam a prática de LSV como opção médica para cerca de 36% das crianças sob cuidados intensivos. Em unidades de adultos o trabalho de Bitencourt et al. mostrou que 16% dos pacientes em tratamento intensivo foram submetidos a LSV.⁴¹

Na verdade, esses números representam uma prática médica que se estende há pelo menos trinta anos, quando na década de 1970 a Associação de Medicina Americana – por considerar que a Reanimação Cardio-pulmonar não está indicada para todas as circunstâncias médicas - recomendou aos médicos que registrassem formalmente em seus prontuários ordens de não reanimação [ONR] e que a LSV pode ser adotada por uma medicina prudencial e de elevado padrão ético e científico.¹⁵

Essa iniciativa se seguiu à prática médica na época comum na qual os médicos não ofereciam RCP para todo o paciente que apresentasse PCR, tendo em vista que em seu cotidiano assistencial percebiam tratar-se de iniciativa fútil. Embora fosse esta uma atitude médica aceitável, era assumida sem entendimentos com o paciente ou seus familiares, além de não constar nos prontuários.¹⁵ Naquela época, como ainda hoje, os médicos temiam os aspectos legais dessas decisões, ainda que assumindo condutas igualmente arriscadas ao omitir decisões registro e consenso de ações decisivas para a vida do paciente. De toda forma, e aos poucos, os médicos perceberam que a obstinação terapêutica mais freqüentemente não atendia aos interesses do

paciente e cedo optaram por não oferecer, não reanimar ou retirar tratamentos considerados fúteis quando frente a condições de terminalidade.

Essa perspectiva é tão histórica quanto contemporânea. Em suas mais recentes recomendações para Ressuscitação Cardio-Pulmonar a Associação Americana de Cardiologia afirma que não estamos obrigados a prover RCP em situações nas quais os benefícios ao paciente não podem ser alcançados⁴² – ou seja, a restauração de uma circulação efetiva. Em outras palavras, a RCP é considerada inapropriada quando a sobrevivência não pode ser esperada. Nessa perspectiva considera-se não iniciar ou descontinuar a RCP, durante ou após, eticamente equivalentes e moralmente defensáveis.

Ainda hoje acredito que muitos médicos sentem-se inseguros para assumir uma LSV mais proativa como a OR. Talvez por confundirem LSV com eutanásia. Talvez por manterem-se longe das famílias, sem comunicação suficiente para terem clareza e equilíbrio de juízo e ação. Talvez para não se envolverem e deixar tudo pelo mais simples e menos custoso – manter as coisas como estão. Acredito também que um receio não fundamentado é o medo da omissão frente à perspectiva legal. Nesse rastro, escrevem raramente o que pensam ou fazem. Seja como for, nossa prática ainda é bastante heterogênea, e muitas vezes distanciada dos pacientes terminais e seus familiares.^{27, 43, 44}

Contudo, mais pela qualidade dos processos desenvolvidos na terminalidade humana em UTI do que pelas decisões em si, conflitos entre

familiares e equipes frente a essas decisões não têm sido raros. E mais, a insatisfação dos familiares tem sido bastante comum.^{4, 10, 13, 45, 46}

Surpreende ver que, mesmo em países com maior tradição no respeito à autonomia dos pacientes, como os EUA e o norte Europeu, a participação das famílias no processo de decisão adotado pelos médicos nos cuidados do fim da vida em UTI ainda é baixa.^{5, 33} Não bastasse essa limitação, há evidências de que a satisfação do paciente com o controle da dor em ambientes intensivos é pior do que em outros cenários hospitalares.^{4, 11, 20}

É possível que as dificuldades de comunicação se devam em parte à falta de respostas. Familiares de pacientes gravemente enfermos com frequência desejam saber do que se trata, qual a chance real de melhoras, qual o risco de morrer, quando se vai morrer, em quantas horas, como e porque. E, prognosticar, não tem sido uma prática médica bem sucedida.

Do ponto de vista médico, desde a década de 1980^{47, 48}, os médicos têm procurado desenvolver escores que tornassem mais objetivos os prognósticos e facilitassem as decisões em pacientes muito graves, nos quais a terminalidade se insinua, mas não é uma certeza. Criaram-se assim os modelos preditivos para severidade, evolução clínica de enfermidades e das grandes síndromes que são próprias ao paciente agudo e grave. Contudo, esses modelos preditores de mortalidade e marcadores de disfunção orgânica têm se mostrado de utilidade na avaliação de grupos de pacientes, mas decepcionantes e confundidores quando utilizados para prognosticar-se a

evolução de um paciente em particular, o que os torna imprecisos como indicadores de terminalidade humana ou para a definição de condutas médicas para determinado paciente.^{7, 14, 47, 49, 50}

Deste modo, as decisões médicas nessas circunstâncias continuam a ser amplamente contextuais e dependentes de seus componentes objetivos, subjetivos e intuitivos, como tal sujeitas a gerar conflitos.^{5, 8, 46, 51, 52} Não deixa de ser intrigante que as instituições pouco fazem nesse campo e intramuros para prevenir, ajustar ou mesmo remediar os processos que não raramente deságuam no insucesso, no conflito. Usualmente limitam-se às defesas jurídicas e a partilhar com seus profissionais seus prejuízos assumidos.

A dimensão ética em cenários de tratamento intensivo tem uma nova abordagem em artigo que chama a atenção ao que alguns teóricos denominam de sistemas adaptativos complexos.⁵³ Em tais sistemas, formado por coletivos de pessoas, a interatividade se dá no enfrentamento de condições nas quais a incerteza e certo grau de desacordo profissional e mesmo pessoal sobre os processos e seus desenlaces é comum.

Esses sistemas são contrastantes com sistemas puramente mecânicos nos quais a interação entre as partes frente a determinado estímulo pode ser previsível, à medida que são pré-especificadas. Entre humanos a interatividade não pode ser sempre previsível ou predeterminada.

Tais sistemas, segundo teóricos, funcionam melhor com um regramento mais simples e mais flexível, permitindo aos sujeitos usar de

criatividade e dessa forma encontrar os melhores caminhos para os problemas enfrentados, o que acaba por dar ao sistema um resultado de acordo com seus propósitos.⁵³

Ao mesmo tempo, quando poucas regras normatizam as atividades num sistema desses, a interatividade fica fortemente dependente das crenças e valores dos indivíduos que agem no sistema e dos valores e missão da instituição na qual se insere.

Isto parece particularmente relacionado com a terminalidade humana em UTI: um subsistema adaptativo complexo tendo o hospital como o seu sistema de integração. Ainda que às vezes tenha um regramento rígido, uma unidade de tratamento intensivo costuma funcionar como um sistema de regramento simples e flexível, onde os médicos podem decidir quase que livremente o que fazer.¹² Esse estudo americano com coordenadores de unidades de tratamento intensivo acadêmicas mostrou que, embora 88% das unidades dispusessem de critérios para admissão documentados, em apenas 25% das internações esses critérios eram utilizados, ficando mais a critério dos médicos. Ao mesmo tempo, mesmo sendo considerado por 53% dos coordenadores como desejável dispor de critérios restritivos de admissão na UTI, apenas 21% dessas unidades os têm.¹²

A predominância de avaliações mais pessoais do que de protocolos institucionais dá margem problemas de comunicação. Isto pode acontecer também porque as famílias chegam como elementos novos e pouco interativos,

com muitas esperanças mágicas e não fundamentadas que dificultam o diálogo com as equipes. Em parte por uma linguagem médica complexa e pouco acessível ao cidadão comum, que não compreende o médico ao informar-se; muitas vezes, pelas deficiências da estrutura hospitalar (falta espaço físico adequado para a visitação, falta uma “sala de crise” onde os familiares pudessem conversar, trocar experiências, receber notícias, tomar decisões próprias do núcleo familiar em seus momentos mais difíceis e decisivos). O sofrimento da família do paciente que vai morrer – mais comumente não vivenciado pelas equipes – é considerável e pouco atendido.⁵⁴ De modo geral, as instituições direcionam seus esforços de melhorias para os processos assistenciais, ainda que as falhas da estrutura permaneçam não resolvidas, mesmo quando consideradas importantes para maior qualidade assistencial.^{20,}

53

Embora seja razoavelmente clara a percepção pelos hospitais do paciente como cliente da instituição, é interessante perceber como as falhas da “estrutura” em atender aos familiares e pacientes que morrem em UTI ainda são prevalentes e expressivas, mesmo em países de primeiro mundo. De modo geral, facilidades comuns aos familiares em suas casas estão raramente disponíveis nos hospitais, coisas como:

- ✓ telefone com linha externa direta e livre ou mesmo pontos para o carregador de celular ou para um “note book”;
- ✓ espaço privado para higiene pessoal, água e café, além de revistas e televisão para pequenas janelas de distração;

- ✓ conforto para descanso na madrugada e noites mal dormidas, como bons sofás e poltronas, num espaço que ofereça alguma privacidade;
- ✓ um Serviço Social presente e atuante, além de um centro ecumênico para o suporte espiritual;
- ✓ material impresso sobre o hospital e a unidade, explicando como se movimentar e obter recursos que precisem, além de esclarecer a dinâmica da UTI.

Para as equipes assistências as dificuldades são semelhantes. Seus espaços de estar e relaxamento durante o trabalho costumam ser singelos. Equipes de apoio para discussão das crises e dificuldades enfrentadas, as perdas vividas e presenciadas são bastante incomuns.

Os recursos humanos disponíveis nas equipes assistenciais com frequência são limitados em número, especialidade, treinamento e experiência, sendo igualmente um fator que dificulta uma atenção com qualidade na terminalidade assistida em UTI. É bastante inconstante a presença de aconselhamento pastoral, assim como a presença da psicologia hospitalar e meios de controle do estresse pós-traumático.⁵⁵

Além disso, os profissionais procuram compensar suas dificuldades estruturais com o esmero do atendimento. Todavia, ambientes intensivos exigem altas performances: é tecnicamente difícil, fisicamente extenuante e emocionalmente estressante. Nesse contexto, os descontentamentos de parte a

parte não são incomuns e os conflitos emergem mais facilmente, trazendo como consequência a fragmentação dos cuidados e resultados aquém do esperado por todos.

É nesse contexto que o médico intensivista deve decidir pela LSV ou pela RCP. Se considerarmos que as decisões médicas frente à morte e ao morrer são naturalmente complexas e desafiadoras por si mesmas, somadas ao conjunto de deficiências apontadas na estrutura física, tecnológica, nos processos relacionais que se estabelecem, os resultados tendem, ocasionalmente, a ficar abaixo do desejável e possível.

Ainda assim, os médicos têm de modo crescente tomado mais cedo mais decisões de não oferecer ou retirar, de não intubar ou não reanimar, numa busca pelo maior benefício ao seu paciente, tendo como lastro seus princípios técnicos, éticos e morais.³⁸ Certamente precisará da parceria das equipes, dos pacientes e de seus familiares, bem como da instituição onde está inserido.

É nesta busca de uma forma mais humanitária e cientificamente assentada que se inscreve a perspectiva do tratamento paliativo em quaisquer ambientes assistenciais. As formas são muitas, dentre as quais:^{5,8,13,20,34,46, 56-58}

- ✓ introduzir o cuidado paliativo precoce ao doente grave – na internação já é possível estabelecerem-se os elos iniciais de uma aliança terapêutica com os familiares;

- ✓ deixar claro que a assistência à terminalidade humana em UTI é uma continuidade terapêutica na qual se privilegia o maior conforto e menor sofrimento do paciente;
- ✓ naturalizar desde logo a perspectiva da morte e do morrer, como fato que não precise ser imperativa e tecnologicamente combatido ou prolongado;
- ✓ facilitar com a presença e orientação as decisões e a percepção de nexos de parte da família;
- ✓ estabelecer um processo de decisão compartilhado com a família como forma de reconhecer seus valores e objetivos;
- ✓ abordar as perspectivas não realísticas da família e sua multiplicidade cultural;
- ✓ consultar o Comitê de Bioética, pois sua participação costuma reduzir o tempo de internação e facilitar o entendimento.

As perspectivas de novas atitudes e novos resultados são bem mais do que teóricas, e possíveis. Introduzir a tanatologia no currículo dos profissionais da saúde; modernizar os códigos deontológicos; melhorar a estrutura física dos hospitais para melhor acolher as famílias; praticar uma medicina como expressão cultural de nossa sociedade - uma sociedade que precisa ser auxiliada a se aproximar da morte e do morrer para encontrar sentido; elevar a qualidade do tratamento dos que morrem em UTI, com um custo-benefício alcançável, maior rotatividade dos leitos e uma maior satisfação das famílias e

das equipes profissionais. Acredito que a introdução dessas iniciativas pode melhorar em muito a assistência do paciente que vai morrer.

Como já o disse Cicely Saunders – uma medicina que faça tudo para que a morte seja suave e sem sofrimento, mas também tudo para que se esteja vivo até que se morra.⁵⁵

Nossa hipótese de trabalho é que os médicos intensivistas brasileiros praticam a LSV com atitudes que atendem a sua consciência, como pessoa e como profissional. Com frequência sentem-se inseguros e sós. Pouco ouvem as famílias e o médico assistente. Pouco do que pensam e fazem é registrado em prontuário, e tendem a manter todo investimento até o fim quando em dúvida ou distanciados do caso.

Foi objetivo desse estudo analisar as atitudes assistenciais dos médicos nas últimas 48 horas de vidas dos pacientes que morrem em UTI, as ordens de RCP e de LSV, o contexto de como e por quem tais medidas foram tomadas, bem como detalhar o diagnóstico de ME e a conduta médica adotada para os não doadores.

1.2 REFERÊNCIAS

1. Cairus HF, RJW, Textos Hipocráticos: O Doente, O Médico E A Doença. *Coleção História e Saúde*, ed. E. Fiocruz 2005, Rio de Janeiro. 252.
 2. Levin PD, Sprung CL. Cultural differences at the end of life. *Crit Care Med* 2003; 31(5 Suppl): S354-S357.
 3. Ariés P, História da Morte no Ocidente. Vol. 1. 2003, Rio de Janeiro: Ediouro. 311.
 4. Curtis JR, Engelberg RA. Measuring success of interventions to improve the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl): S341-S347.
 5. Gajewska K, Schroeder M, De Marre F, Vincent JL. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in a Belgian intensive care unit. *Intensive Care Med* 2004; 30(6):1224-1227.
 6. Thompson T, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM 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. *Crit Care Med* 2004; 32(8): 1781-1784.
 7. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007; 33(2): 237-245.
-

-
8. Cook D, Rocker G, Giacomini M et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl): S317-S323.
 9. Soares M, Salluh JIF, Spector N et al. Characteristics and outcomes of cancer patients requiring mechanical ventilatory support for longer than 24 hrs. *Crit Care Med* 2005; 33(3):520-6.
 10. Levy CR, Ely EW, Payne K et al. Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. *Chest* 2005; 127(5):1775-83.
 11. Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA et al. End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. *Crit Care Med* 2006; 34(10):2547-53.
 12. Walter KL, Siegler M, Hall JB. How decisions are made to admit patients to medical intensive care units (MICUs): A survey of MICU directors at academic medical centers across the United States *Crit Care Med* 2008; 36(2):in press.
 13. Levy MM and McBride DL. End-of-life care in the intensive care unit: state of the art *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl):S306-S308.
 14. Bacchetta MD, Eachempatti SR, Fins JJ et al. Factors influencing DNR decision-making in a surgical ICU. *J Am Coll Surg*, 2006; 202(6):995-1000.
 15. Burns JP, Edwards J, Johnson J et al. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003; 31(5):1543-50.
 16. Truog RD, Meyer EC, Burns JP. Toward interventions to improve end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl):S373-S379.
-

17. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32(3):638-643.
 18. Callahan D. Living and dying with medical technology. *Crit Care Med* 2003; 31(5 Suppl):S344-S446.
 19. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement. Improving End-of-Life Care. December 6-8, 2004. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2005; 19(3):75-83.
 20. Mularski RA. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl): S309-S316.
 21. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR et al: Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008; 36: in press.
 22. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The Status of medical Education in End-o-life Care. *J Gen Intern Med* 2003; 18:685-695.
 23. Rosenbaum ME, Lobas J, Ferguson K. Using Reflection Activities to Enhance Teaching about End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8(6):1186-1195
 24. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Durães L et al. Avaliacao do Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Morte Encefálica. *RBTI* 2007; 19(2):144-150.
 25. Código de Ética Médica. 1988, Conselho Federal de Medicina.
 26. Resolução CFM 1.805. *Diario Oficial da União* 2006. Seção 1:169.
 27. Chapple HS. Changing the game in the intensive care unit: letting nature take its course. *Crit Care Nurse* 1999; 19(3):25-34.
-

-
28. Holzapfel L, Demingon G, Piralla B et al. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2002; 28(9):1309-15.
 29. Heide A, Philipson BDO, Rurup ML, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Eutanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1957-65.
 30. Kapadia F, et al. Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. *Crit Care Med* 2005; 33(6): 1272-1275.
 31. Kompanje E.J. "Death rattle" after withdrawal of mechanical ventilation: practical and ethical considerations. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22(4): 214-219.
 32. Cook D, Rocker G, Marschall J et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003; 349(12): 1123-1132.
 33. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001; 29: N52-N55.
 34. Bruera E. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 2000; 14(4): 287-298.
 35. Althabe M, Cardigni G, Vassallo JC 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): 164-169.
 36. Devictor DJ, Nguyen DT. Forgoing life-sustaining treatments in children: a comparison between Northern and Southern European pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5(3): 211-215.
 37. Garros D, Rosychuk RJ, Cox PN. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 2003; 112(5):371-376.
-

-
38. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P et al. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290:790-797.
 39. Buckley TA, Joynt GM, Tan PYH, Cheng CAY, Yap FH. Limitation of life support: frequency and practice in a Hong Kong intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32(2):415-420.
 40. Deshpande O, Reid MC, Rao AS. Attitudes of Asian-Indian Hindus toward end-of-life care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(1):131-135.
 41. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS et al. Conduas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *RBTI* 2007; 19(2): 137-143.
 42. American Heart Association Guidelines A.g.f.c. and C.a.e.c.c. (ECC). *Circulation* 2005; 112: IV-1-IV-5.
 43. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31(9): 2255-2262.
 44. Collins N, Phelan D, Carton E. End of life in ICU--care of the dying or "pulling the plug"? *Ir Med* , 2006; 99(4):112-114.
 45. Gregg BM. *Managing Conflict at the End of Life*. *N Engl J Med* 2005; 9: 2371-2373.
 46. Rubenfeld GD. Where do we go from here? One intensivist's perspective. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl): S412-S415.
 47. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in Acute Organ-System Failure. *Ann Surg* 1985; 685-693.
 48. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al: End-of-Life Practices in European Intensive Care units *JAMA* 2003; 290:790-796.
 49. Barnato AE, Angus DC. Value and role of intensive care unit outcome prediction models in end-of-life decision making. *Crit Care Clin* 2004; 20(3):345-362.
-

-
50. Sternbach GL. The Glasgow Coma Scale. *Journal of Emergency Medicine* 2000; 19(1):67-71.
 51. Bowman KW. Communication, negotiation, and mediation: dealing with conflict in end-of-life decisions. *J Palliat Care* 2000; 16 Suppl:S17-S23.
 52. Crippen D, Levy M, Truog R, Whetstine L. Debate: what constitutes 'terminality' and how does it relate to a living will? *Crit Care Med* 2000; 4(6):333-338.
 53. Chen D T, Mills AE. Role of Organization Ethics in Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2007; 35(suppl): S11-S17.
 54. Fabiane U, Correa AK. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15(4):598-604.
 55. Byock I. Where do we go from here? A palliative care perspective. *Crit Care Med* 2006; 34(suppl):S416-S420.
 56. Sa Silva RC, Hortale VA. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2055-2066.
 57. Floriani CA, Schramm FR. Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):2072-2080.
 58. Garros D. A "good" death in pediatric ICU: is it possible? *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79 Suppl 2:S243-S254.
-

1.3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a Limitação do Suporte de Vida é uma prática comum em UTI e ainda não bem estudada. Seus aspectos epidemiológicos, seus processos e registros, seus responsáveis e os meios de decisão, sua real dimensão e repercussões na dinâmica hospitalar não estão estabelecidos. Há natural interesse em analisar os indicadores médicos considerados na definição da LSV, as enfermidades prevalentes, a faixa etária dos pacientes, as disfunções orgânicas mais comuns e as atitudes médicas tomadas. Sabe-se que as internações terminais representam parte significativa dos custos hospitalares, bem como da limitação dos leitos disponíveis em UTI. É bem conhecido que a LSV pode ser motivo de uma maior permanência em UTI, expandindo o número e complexidade dos procedimentos médicos sem modificar a mortalidade estimada. Por outro lado, a disponibilidade de leitos hospitalares intensivos e semi-intensivos, o investimento tecnológico, a capacitação de pessoal e mesmo a constituição das equipes podem ser melhor planejados com esse conhecimento. Acima de tudo é reconhecido que os

conflitos na terminalidade humana assistida por médicos têm sido freqüentes, que a qualidade assistencial precisa e pode ser melhorada, e que a satisfação das famílias está abaixo do que uma medicina de qualidade pode oferecer, desde que priorize uma boa comunicação, uma relação centrada na família-paciente e esteja assentado em processos mais custo-efetivos.

1.4 HIPÓTESE

Nossa hipótese de trabalho é que a Limitação de Suporte de Vida é prática comum entre os médicos brasileiros como conduta para pacientes considerados terminais. A Ordem de Não Reanimação talvez seja a forma mais comum de Limitação do Suporte de Vida, mantendo-se todo o investimento clínico para pacientes graves até o último momento. Nesse processo é possível que os médicos privilegiem atitudes que atendam, antes de tudo, a sua consciência como pessoa e como profissional. Pouco ouvem as famílias e o médico assistente. É provável que pouco do que pensam e fazem esteja registrado nos prontuários médicos, seja por receio legal ou confusão conceitual entre Limitação do Suporte de Vida e eutanásia.

A Morte Encefálica parece estar subnotificada por não completarem o diagnóstico de acordo com o protocolo do Conselho Federal de Medicina, sendo que, equivocada e usualmente, tendem a manter pacientes com o diagnóstico completo de ME e não doadores em ventilação mecânica e com vasopressores de uso contínuo até a parada cardíaca.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Estudar as atitudes médicas nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos que morrem em Unidades de Tratamento Intensivo.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Estudar os pacientes submetidos à Reanimação Cardio-Pulmonar e a Limitação de Suporte de Vida (que inclui Ordens de Retirada, de Não Oferta e de Não Reanimação), no que se refere a suas principais características.
-

2. Investigar a tomada de decisão da Limitação de Suporte de Vida, seus fatores determinantes, a interação entre equipe, familiares e médicos assistentes e seus registros.
 3. Precisar a coerência do tratamento médico adotado nos pacientes submetidos à Limitação de Suporte de Vida.
 4. Investigar a frequência do diagnóstico de Morte Encefálica e as medidas médicas adotada a seguir.
-

CAPÍTULO II

2 MÉTODOS

2.1 Delineamento

Estudo retrospectivo observacional de uma série de casos.

2.2 População e amostra

Foram estudados pacientes adultos que morreram em três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) de hospitais gerais de Porto Alegre, entre anos de 2004 e 2005. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelas comissões de ética em pesquisa das três instituições, tendo sido dispensado o Termo de Consentimento Informado.

Participaram do estudo (H1) a UTI do Hospital São Lucas da PUCRS, com 35 leitos, cuja média de internações anual é de 850 pacientes e tem uma mortalidade ao redor de 16%. É uma UTI com corpo clínico fechado, com três residentes de Medicina Interna e dois residentes de Medicina Intensiva; (H2) a UTI do Hospital Luterano da ULBRA que dispõe de oito leitos e tem uma média de 510 internações ao ano e uma mortalidade ao redor de 17%. É uma UTI com corpo clínico fechado, com um residente de Medicina Interna e um residente de Medicina Intensiva, cuja média de ocupação é de 67% e de permanência de 3,2 dias; (H3) a UTI do Hospital Conceição que dispõe de 28 leitos, com uma média de 1100 internações anuais e uma mortalidade ao redor de 33%. É uma UTI com corpo clínico fechado, com sete residentes de Medicina Interna e um residente de Medicina Intensiva. Sua média de ocupação é de 97%, com 9,2 dias de permanência média.

As três unidades possuem médicos coordenadores, médicos rotineiros e médicos plantonistas, todos especialistas em medicina intensiva, sendo centros formadores de médicos intensivistas no Rio Grande do Sul.

São unidades vinculadas a hospitais universitários ou de ensino, com uma dinâmica assistencial estabelecida entre 15 e 30 anos, referências no sistemas em que se inserem. São caracteristicamente unidades gerais, que internam pacientes clínicos e cirúrgicos, mas raramente pacientes vítimas de trauma.

A rotina assistencial é baseada no trabalho diário dos médicos rotineiros e na discussão clínica diária com os médicos assistentes, residentes e coordenadores.

Nas UTI dos hospitais H1 e H2 foram incluídos no estudo todos os óbitos ocorridos. Como a UTI do hospital H3 tem um número muito maior de admissões e óbitos, decidimos incluir de forma aleatória apenas 50% dos óbitos. Os casos da UTI do H3 foram ordenados em uma seqüência numérica baseadas na data do óbito, sendo selecionados para o estudo os de numeração ímpar.

Os óbitos foram localizados a partir do banco de dados de cada unidade, aos quais tivemos acesso pelo Serviço de Arquivo Médico de cada instituição. Identificados os óbitos, a busca e localização ficaram a cargo de serviço administrativo dos hospitais participantes. De posse de cada prontuário realizamos um estudo detalhado de seus registros, sendo três os médicos intensivista na pesquisa de campo. Foi utilizado um Protocolo de Pesquisa construído especialmente para esse fim (apêndice A) e um Manual de Pesquisa (apêndice B), elaborados em entendimento comum com o orientador. Cada item a ser coletado foi primeiramente discutido em sua forma, conteúdo e contexto. Depois de preenchidos, os protocolos de pesquisa foram revisados uma a uma pelo pesquisador principal e as dúvidas dirimidas com o orientador da pesquisa. Dois dos pesquisadores foram responsáveis por mais de 90% da coleta.

O tamanho da amostra foi definido a partir das médias de internação e de mortalidade anuais conhecidas de cada UTI. Nas UTI dos H1 e H2 foram incluídos no estudo todos os óbitos ocorridos. Como a UTI do H3 tem um número maior de admissões e óbitos, decidimos incluir de forma aleatória apenas 50% dos óbitos. Os casos da UTI do H3 foram ordenados em uma seqüência numérica baseadas na data e horário de óbito, sendo selecionados para o estudo os de numeração ímpar.

Durante a pesquisa de campo foram selecionados: (i) os dados gerais de cada paciente (idade, sexo, tempo de internação hospitalar e de internação em UTI); (ii) os dados relacionados ao diagnóstico principal (motivo da internação hospitalar e em UTI, disfunções orgânicas apresentadas nas últimas 48 horas de vida, causa dos óbitos, os recursos diagnósticos e terapêuticos utilizados, diagnóstico de morte encefálica e doações confirmadas); (iii) os dados relativos à ocorrência de RCP ou de LSV (as decisões de LSV, os sujeitos envolvidos, a participação da família e do médico assistente, a forma de participação da equipe e seus registros).

Para caracterizar as atitudes médicas, foram coletados dados diretamente das prescrições desses pacientes e confrontados com as evoluções médicas e de enfermagem. Os controles biológicos dos técnicos de enfermagem de beira de leito, assim como os registros das condutas médicas diagnósticas e terapêuticas por eles anotados (como intubação, RCP, extubação, suspensão de medidas, ordens verbais para modificar determinado tratamento, dose e via de drogas usadas por ordem médica mesmo não

constantes na prescrição do dia, entre outros) foram igualmente verificados e por nós compilados. Especial atenção foi dada à indicação, dose, tempo, via e uso dos antibióticos, vasopressores, sedoanalgésicos de uso intravenoso contínuo, hemoderivados, nutrição enteral e parenteral total ao serem prescritos, considerados ou retirados. Exames diagnósticos de imagem e de bioquímica do sangue, solicitações ou resultados, foram por nós analisados seletivamente nesse período.

Recursos como ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, métodos dialíticos e, quando presentes, recursos utilizados para o diagnóstico de Morte Encefálica em seu protocolo - testes clínicos e laboratoriais e de imagem de acordo com o protocolo estabelecido pelo CFM, foram analisados e registrados, bem como as atitudes médicas após a definição da ME e da não doação.

Foram anotados todos os dados referentes à reanimação cardiopulmonar (RCP) e à Limitação do Suporte de Vida (LSV), com especial atenção para as evidências da PCR, da massagem cardíaca externa, do uso de adrenalina ou da desfibrilação elétrica. Da mesma forma com os registros do tipo de LSV adotada: a data de adoção, os entendimentos e/ou consensos até sua definição, sujeitos que participaram da decisão como o médico assistente, familiares e membros da equipe, bem como as justificativas dessas escolhas e as medidas implementadas foram estudados.

Consideramos válidos os registros anotados em evolução médica que explicitamente consideravam a LSV para determinado paciente, sua

justificativa, o tipo da decisão e os envolvidos, e que se fazia seguir de uma mudança de conduta, seja como OR, ONO ou ONR. Registros de última hora que se limitavam a considerar “péssimo prognóstico, suporte” foram entendidos como comentários médicos e não como entendimentos para uma decisão.

2.3 Hospitais

O Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul é um hospital geral com 545 leitos e um movimento de internação que alcança a quase 29.000 internações ao ano, com uma mortalidade institucional de 3%. Seu perfil assistencial dominante é misto, recebendo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e particulares, sendo referência em especialidades como Pediatria, Neonatologia, Geriatria, Cirurgia Geral e Cardiovascular, Obstetrícia, Neurologia e diagnósticos por imagem, entre outros. É o hospital do Curso de Medicina da PUCRS e dispõe de um serviço de emergência clínico-cirúrgico de grande porte.

O Hospital Luterano da Universidade Luterana do Brasil é um hospital geral com 138 leitos e cerca de 7500 internações ao ano, abrangendo assistência materno-infantil e de adultos, predominando os serviços de tocoginecologia, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia geral, vascular e urologia, além das áreas de tratamento intensivo neonatal, pediátrica e adultos.

É um hospital voltado aos pacientes de seu próprio convênio, mas que acolhe convênios em geral, dentre os SUS, tendo como porta de entrada uma unidade de emergência de pequeno porte.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, um dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, é um hospital geral que conta com 857 leitos e próximo a 31000 internações ao ano, tendo uma ocupação média de 92,% e uma permanência média de 9,9 dias. A mortalidade institucional está em 8,1%. Trata-se de um hospital do Ministério da Saúde, e como tal voltado para os pacientes do SUS quase que exclusivamente. Atende a vastas camadas das populações mais carentes de nosso estado, mantendo aberta 24 horas por dia uma emergência clínico-cirúrgica para adultos de grande porte.

2.4 Variáveis

No protocolo em estudo, foram avaliadas as seguintes variáveis:

- **Características do Paciente e da Internação**
 - **Hospital** – identificados como H1, H2 e H3;
 - **Idade** - na data de admissão hospitalar;
 - **Gênero** - masculino ou feminino;
 - **Tempo de Internação Hospitalar** – calculado em dias, da internação ao dia do óbito;
-

-
- **Tempo de internação em UTI** - calculado em dias, da admissão em UTI até a alta da unidade;
 - **Motivo da Internação Hospitalar** – reconhecida como a doença de base que motivou a internação;
 - **Motivo da internação na UTI** – identificadas como condições médicas que determinaram a internação em UTI pelo risco de vida iminente.
- **Características da Enfermidade**
- **Motivo do óbito** – condições médicas diretamente relacionadas com o mecanismo final do óbito;
 - **Disfunções Orgânicas** – presença e número de órgãos e/ou sistemas disfuncionados, responsáveis pelo risco de vida;
 - **Data e Hora do Óbito** – constatação clínica do óbito em prontuário;
 - **Diagnóstico de Morte Encefálica** – Morte Encefálica confirmada de acordo com todos os quesitos do Conselho Federal de Medicina (CFM), obrigatoriamente um diagnóstico clínico e de imagem;
 - **Doação** – quando registrada em prontuário como confirmada;
-

-
- **Características dos Mecanismos de Óbito**
 - **Parada Cardio-Respiratória** – quando explicitamente presente em evolução médica e/ou de enfermagem, confirmada por registro na prescrição médica de Massagem Cardíaca Externa (MCE), Desfibrilação e/ou uso de adrenalina IV;
 - **Limitação do Suporte de Vida (LSV)** – atitudes registradas em evolução médica ou de enfermagem, ou em prescrição, que se incluíam em uma das seguintes opções assistenciais:
 - **Ordem de Retirada:** quando formas de tratamento, diagnóstico ou cuidados foram retiradas da prescrição por ordem médica explícita;
 - **Ordem de Não Oferta:** quando formas de tratamento, diagnóstico ou cuidados deixaram de ser introduzidos no esforço terapêutico utilizado;
 - **Ordem de Não Reanimação:** quando todas as forma de tratamento, diagnóstico ou cuidados foram utilizadas e mantidas até o momento do óbito, sem que tenha sido tentada a RCP;
 - **Características das Atitudes Assistenciais**
 - **Registro em prontuário Médico da LSV** – registros em evolução médica ou de enfermagem com referência direta a decisões de retirar
-

ou não oferecer formas de tratamento, diagnóstico ou cuidados, ou de não reanimação;

- **Decisão por Consenso** – registros em evolução médica ou de enfermagem com referência direta a entendimentos de membros da equipe assistencial com familiares ou médico assistente, com vistas à decisão de adotar LSV;
 - **Atitude Terapêutica** – registros na prescrição médica das decisões terapêuticas adotadas e sua confirmação pela enfermagem como executada ou suspensa, dentre as quais:
 - **Intervenções**
 - **Ventilação Mecânica Invasiva (VMI);**
 - **Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI);**
 - **Hemodiálise Veno-Venosa-Contínua (HVVC);**
 - **Cateter de Termodiluição de Swan-Ganz (SGanz);**
 - **Hemoderivados (sangue e derivados);**
 - **Nutrição Parenteral Total (NPT);**
 - **Diagnósticos por Imagem;**
 - **Análise da bioquímica do sangue;**
 - **Drogas de Uso intravenoso contínuo** – para as drogas de uso intravenoso contínuo e que podem ser consideradas como
-

marcadores de investimento clínico pleno como os vasopressores, na prática da medicina intensiva de adultos em nosso meio não há como detalhar a dose minuto a minuto, pois as ordens verbais à beira do leito são mais usadas e com frequência não deixam registro, sendo possível apenas registrar seu uso, ou não, e sua suspensão.

- **Noradrenalina**
- **Adrenalina**
- **Dobutamina**
- **Dopamina**
- **Fentanyl**
- **Midazolam**
- **Morfina**
- **Insulina**

2.5 Desfecho

Foram consideradas três variáveis como desfecho:

1. Morte Encefálica – todos os óbitos com diagnóstico de Morte Encefálica em acordo com o protocolo do CFM quando identificados foram analisados em separado.
-

2. Reanimação Cardio-Pulmonar – a constatação de RCP foi considerada quando encontrados registros convincentes na prescrição médica, evolução de enfermagem e médica e nos controles de beira de leito dos técnicos de enfermagem, e nesta condição foram analisados em separado.
3. Limitação do Suporte de Vida – considerados os óbitos sem RCP e analisados em separado.

2.6 Análise Estatística

Para caracterizar as populações dos três hospitais estudados estabelecemos os quantitativos em frequência simples do gênero e as médias de idade e tempo de internação hospitalar e em UTI, bem como a frequência simples das disfunções de órgãos encontradas.

As variáveis contínuas foram expressas em médias e desvio padrão, enquanto que para aquelas sem distribuição normal foram expressas pela mediana e intervalo interquartil. Para diferenças entre três ou mais grupos utilizamos ANOVA com teste pos-hoc de Bonferroni. As variáveis sem distribuição normal foram comparadas através dos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em percentagem e comparadas pelo Chi-quadrado e pelo teste exato de Fisher, seguidos quando necessário pelo ajuste de Finner-Bonferroni.

2.7 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo Ofício CEP 1346/06 de 201106. Os pesquisadores entraram em contato apenas com os registros hospitalares dos pacientes que obitaram nas unidades estudadas, e comprometeram-se, junto às instituições, a apresentarem as informações coletadas em conjunto, sem individualizar os achados particulares de cada serviço. Ao mesmo tempo, todos os dados de cada unidade formam colocados à disposição de cada dos hospitais participantes, como forma de permitir uma leitura particular do seu perfil de assistência nessa área da Medicina. Sendo assim, foi desnecessário solicitar consentimento informado aos responsáveis pelos pacientes envolvidos na pesquisa, tendo em vista tratar-se de estudo observacional retrospectivo e as identidades mantidas em sigilo.

CAPÍTULO III

3 ARTIGO ORIGINAL

*A morte em unidades de tratamento intensivo no sul do Brasil:
atitude do intensivista*

South Brazilian's intensive care units death: intensivist attitude

Jairo Constante Bitencourt Othero¹, Jefferson Pedro Piva², Patrícia Lago³, Sandro Moraes⁴, Luiz Alexandre A Borges⁵, Márcio Guimarães⁶, Fernando Suparregui Dias⁷.

- 1- Médico Intensivista da UTI de Trauma do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Professor do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil. Mestrando em Pediatria na PUCRS. Coordenador da UTI do Hospital Porto Alegre.
- 2- Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da PUCRS. Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Chefe Associado da UTI pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS.
- 3- Médica Intensivista Pediátrica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Doutora em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brazil.
- 4- Médico Residente de Segundo Ano da Residência Médica em Medicina Intensiva da ULBRA/ Hospital Luterano, Porto Alegre, RS.
- 5- Médico Intensivista da UTI Adultos do Hospital Luterano da ULBRA, Porto Alegre. Médico coordenador da UTI Adultos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, RS.
- 6- Médico Intensivista da UTI do Hospital Luterano da ULBRA e da UTI do Hospital Porto Alegre. Preceptor da Residência de Medicina Interna da Universidade Luterana do Brasil.
- 7- Médico Intensivista e Coordenador da UTI Geral do Hospital São Lucas/PUCRS. Professor do Curso de Medicina da PUCRS. Doutorando em Medicina na PUCRS. Coordenador da UTI do Hospital N S das Graças/Canoas/RS.

Reply to: Jairo C Bitencourt Othero

RESUMO

Objetivos: analisar as atitudes médicas nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), as decisões de Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) e de Limitação do Suporte de Vida (LSV), os fatores determinantes, seus responsáveis, os registros, o diagnóstico de Morte Encefálica e a conduta para os não-doadores.

Métodos: estudo multicêntrico observacional com análise retrospectiva de prontuários médicos de três UTI de Porto Alegre (Brasil) entre 2004 e 2005. Foram avaliados todo o tratamento médico, os dados gerais de cada paciente (idade, sexo, tempo de internação hospitalar e de UTI), o diagnóstico principal (motivo da internação hospitalar e em UTI, disfunções orgânicas, causas dos óbitos, diagnóstico de morte encefálica e doações), as condutas (RCP ou LSV), a participação dos familiares e os registros médicos feitos.

Resultados: em 636 óbitos a LSV ocorreu em 86%, sendo 75% como ONR. A RCP foi de 14,0% - os mais jovens, de menor tempo de internação hospitalar e em UTI. Em 67% dos prontuários não há registro médico dessas decisões. Apenas 26% das famílias participaram das decisões tomadas. A ME foi diagnosticada em 11 casos, sendo os não doadores mantidos com ventilação e vasopressores até a PCR.

Conclusões: A LSV é muito comum em UTI, sendo a ONR predominante. A participação das famílias é muito pequena e os poucos registros de má qualidade. A ME e as doações são raras e os não-doadores são mantidos até a PCR.

Palavras-Chave: assistência terminal, assistência paliativa, cuidados para prolongar a vida, ordens de não ressuscitar, futilidade médica, eutanásia passiva, morte encefálica.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the medical attitudes in the last 48 hours of adults dying in Intensive Care Units (ICU), the Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Life Support Limitation (LSL), its determinants, the authors, medical chart report, the brain death diagnosis and the management for non-donors.

Methods: observational, multicenter, retrospective study, based on medical chart review in three ICUs in Porto Alegre, Brazil, from 2004 to 2005. All medical management was evaluated, general data from each patient (age, gender, length of stay in hospital and in ICU), main diagnosis (reason for hospital and ICU intervention, organ failure, cause of death, diagnosis of brain death and donations), and the procedures (CPR e LSL). The participation of the family and the records were examined thoroughly.

Results: in 636 charts LSL was 86% of which 75% like DNR. CPR was 14%: they are younger, with lower length of stay in hospital and in the ICU. In 67% of the medical chart the decisions were not recorded. Just 26% of the families shared the decisions with the medical staff. Brain death was present in only 11 cases and the non-donors are maintained with mechanical ventilation and vasopressors infusion until cardiac death.

Conclusion: LSL is very common in south Brazilian ICU with large DNR dominance. Just one out of four families shares these decisions, and reports in the medical chart are scarce and with low quality. Brain death and organ donation are rare and the non-donors are sustained up to cardiac arrest.

Keywords: terminal assistance, palliative assistance, DNR orders, passive euthanasia, medical futility, brain death.

INTRODUÇÃO

Desde Hipócrates até a primeira metade do século XX, a morte na sociedade ocidental se dava no seio das famílias, mantendo uma conotação de fenômeno sociológico de natureza privada. Nos últimos 50 anos, nos grandes centros urbanos, a morte lenta e progressivamente foi levada para os hospitais, para o domínio e dependência da tecnologia médica.¹⁻⁶ Nesses anos, a mortalidade em UTI tem se mantido entre 6 e 40% conforme a série, tipo de unidade e hospital, nível de referência e demanda. Mais recentemente estimou-se que em torno de 20% dos americanos morrem em UTI.⁷⁻⁹ É sabido que a metade dos pacientes crônicos que morrem em hospital interna em UTI em seus últimos três dias de vida, com um impacto financeiro de 8% das despesas hospitalares.^{6, 8, 10, 11}

O National Institute of Health dos EUA identificou esses cuidados como uma prioridade da saúde pública americana. Evidências surgidas em diferentes países ao longo dos últimos 15 anos consolidaram essa posição.^{8, 12}

A pergunta inicial na V Conferência Internacional de Consenso sobre os Desafios dos Cuidados do Fim da Vida em UTI em Bruxelas foi: há problemas com os cuidados do fim da vida em UTI? A resposta foi – sim e revela uma realidade complexa: (i) modelos imprecisos para predição de morte, (ii) grande variabilidade nas práticas médicas à beira do leito, (iii) conhecimento vago das preferências dos pacientes, (iv) comunicação problemática entre equipes e famílias, (v) terminologia médica imprecisa e insensível, (vi) equipes com

treinamento escasso, (vii) registros médicos incompletos.⁶ Contudo, nos últimos anos as evidências tem apontado para mudanças.^{7,13}

A variabilidade nas práticas à beira do leito tem sido chamativa como conseqüência de diferenças de cultura, de formação dos profissionais, de experiência, especialidade e mesmo de sua ascendência, bem como o tipo de UTI, de hospital e sua demanda^{2, 5}. As opções adotadas pelos intensivistas nos pacientes considerados terminais como as ordens de não reanimação [ONR], ordens de não oferecer [ONO], ordens de retirada [OR], Ordens de Não Intubar [ONI] e mesmo frente ao diagnóstico de Morte Encefálica expressa essa diversidade.^{6, 7, 13-20}

Médicos dos EUA e do norte da Europa costumam ter atitudes ditas menos paternalista do que médicos do sul da Europa e da América Latina. A prática médica de limitar de alguma forma o suporte vital oferecido aos pacientes tem variado na literatura mundial entre 0 a 83%, com um crescimento mais recente de 51% para 90%.^{4, 5, 11, 14, 21-28} No Brasil são poucos os estudos sobre a morte e o morrer em UTI^{25,27,28,29-31}.

Nosso estudo analisa as atitudes médicas nas últimas 48 horas de vidas de pacientes adultos que morrem em UTI para estabelecer que assistência se faz, quem participa das discussões, quem toma as decisões, como se registra e que mudança na condução tais decisões precipitam, bem como o diagnóstico de ME e a conduta médica adotada para os não doadores.

MÉTODOS

Realizamos um estudo observacional multicêntrico retrospectivo com pacientes adultos que morrem em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) de três hospitais gerais de Porto Alegre (Brasil), entre 2004 e 2005. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelas comissões de ética em pesquisa das três instituições. O Termo de Consentimento Esclarecido não foi exigido.

As três UTI participantes do estudo têm corpo clínico fechado, com residentes de Medicina Interna e de Medicina Intensiva, com as seguintes características: (a) UTI do Hospital São Lucas da PUCRS com 35 leitos tem uma média de 850 internações/ano. O hospital possui 545 leitos (29.000 internações ao ano). A mortalidade institucional é de 16%; (b) UTI do Hospital Luterano com oito leitos e uma média de 510 internações/ano. A mortalidade institucional é de 17%. O hospital tem 138 leitos (7500 internações ao ano); (c) a UTI do Hospital Conceição com 28 leitos e uma média de 1100 internações/ano. A mortalidade institucional é de 33%. O hospital tem 857 leitos (32000 internações/ano).

As três UTI possuem médicos coordenadores, médicos rotineiros e médicos plantonistas especialistas em medicina intensiva. Apenas a unidade do HSL da PUCRS recebe pacientes em morte encefálica doadores de órgãos e transplantados em seu pós-operatório ou por complicações eventuais. Como hospital transplantador do Sistema Nacional de Transplantes, do Ministério da Saúde brasileiro, tem um programa de transplante de rins e pâncreas.

Nas UTI dos H1 e H2 foram incluídos todos os óbitos ocorridos no período estudado. Como a UTI do H3 tem um número muito maior de admissões e óbitos, decidimos incluir de forma aleatória apenas 50% dos óbitos. Os casos da UTI do H3 foram ordenados em uma seqüência numérica sendo selecionados para o estudo os de numeração ímpar.

Os dados foram coletados dos prontuários médicos por três médicos intensivistas previamente preparados para o preenchimento do protocolo de pesquisa criado para esse fim. Foi motivo de estudo todo o tratamento médico realizado, os dados gerais de cada paciente (idade, sexo, tempo de internação hospitalar e de UTI), o diagnóstico principal (motivo da internação hospitalar e em UTI, disfunções orgânicas, causas dos óbitos, diagnóstico de morte encefálica e doações), as condutas (RCP ou LSV), a participação dos familiares e os registros médicos feitos.

Para caracterizar as atitudes médicas foram coletados dados diretamente das prescrições das últimas 48 horas de vidas desses pacientes, e confrontados com as evoluções médicas e de enfermagem. Os registros dos técnicos de enfermagem de beira de leito - dos sinais vitais, das condutas médicas diagnósticas e terapêuticas como intubação, RCP, extubação, suspensão de medidas, ordens verbais para modificar determinado tratamento, dose e via de drogas usadas por ordem médica mesmo não constantes na prescrição do dia, entre outros, foram igualmente verificados e por nós compilados. Especial atenção foi dada à indicação, dose, tempo, via e uso dos antibióticos, vasopressores, sedoanalgésicos de uso intravenoso contínuo,

hemoderivados, nutrição enteral e parenteral total ao serem prescritos, considerados ou retirados. Exames diagnósticos de imagem e da bioquímica do sangue, solicitações ou resultados, foram por nós pesquisados seletivamente nesse período.

O uso da ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, e os métodos dialíticos, foram analisados e registrados. Em separado foram conferidos os recursos para o diagnóstico de Morte Encefálica - testes clínicos e laboratoriais e de imagem de acordo com o protocolo do Conselho Federal de Medicina (CFM) - bem como as atitudes médicas após a definição da ME e da não doação.

Foram anotados todos os dados referentes à reanimação cardiopulmonar (RCP), como massagem cardíaca externa, uso de adrenalina ou da cardioversão elétrica. Da mesma forma da Limitação do Suporte de Vida (LSV): data de adoção, medidas implementadas, entendimentos e/ou consensos, sujeitos que participaram da decisão, bem como as justificativas dessas escolhas e seus registros. Consideramos válidos os registros de LSV que se faziam seguir de uma evidente mudança de conduta. Registros de última hora que se limitavam a considerar “péssimo prognóstico, suporte” foram entendidos como comentários médicos e não como entendimentos para uma decisão.

Consideramos OR quando a prescrição médica subsequente à decisão apresentava itens suspensos, entre os quais antibióticos, vasopressores,

corticóides, dietas, controles biológicos e exames diagnósticos ou procedimentos terapêuticos de maior complexidade como diálise ou cirurgias.

Consideramos como ONO quando medidas diagnósticas ou terapêuticas consideradas na evolução médica em determinado contexto não foram introduzidas - como diálise, cirurgias, exames de imagem, marca-passo, NPT – e na continuidade assistencial pudemos constatar sua não utilização.

Consideramos como ONR os pacientes com tratamento pleno que não foram submetidos a qualquer tentativa de RCP - aqui entendida como massagem cardíaca externa, desfibrilação e/ou uso da adrenalina - ao apresentarem PCR.

Morte encefálica foi considerada quando o diagnóstico atendia todos os quesitos do protocolo do CFM. Diagnóstico clínico de beira de leito sem imagem para confirmação da ME foi registrado à parte.

Para comparar as populações dos três hospitais estudados estabelecemos os quantitativos em frequência simples do gênero e as médias de idade e tempo de internação hospitalar e em UTI, bem como a frequência simples das disfunções de órgãos encontradas.

As variáveis contínuas foram expressas em médias e desvio padrão, enquanto que para aquelas sem distribuição normal foram expressas pela mediana e intervalo interquartil. Para diferenças entre três ou mais grupos utilizamos ANOVA com teste pos-hoc de Bonferroni. As variáveis sem distribuição normal foram comparadas através dos testes Kruskal-Wallis e

Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em percentagem e comparadas pelo Chi-quadrado e pelo teste exato de Fisher, seguidos quando necessário pelo ajuste de Finner-Bonferroni.

RESULTADOS

A amostra selecionada para estudo compunha-se de 710 óbitos ocorridos nas três UTI em análise. Desses, tivemos uma perda de 74 prontuários (10,5%), igualmente distribuídas entre as três unidades ($p=0.23$). Nos 636 restantes identificamos 11 casos de morte encefálica (1,7%), que foram analisados separadamente.

Características da população e das unidades envolvidas no estudo

Dos 625 óbitos restantes que compuseram a amostra, 225 ocorreram no hospital 1 (H1), 97 no hospital 2 (H2) e 303 no hospital 3 (H3). As médias de idade e o gênero não diferiram entre eles, enquanto que as médias dos tempos de internação hospitalar e na UTI mostram diferenças (Tabela 1). Chama a atenção que o tempo médio da internação do H1 (28,6 dias) chega a quase o dobro do H2 (15,3 dias;). O tempo médio de internação em UTI repete o mesmo achado: 15,5 dias no H1 contra 6,2 dias no H2 ($p<0,001$). Contudo, ao examinarmos a gravidade desses pacientes encontramos uma situação de similaridade entre os três hospitais – não diferiram quanto ao número de falências orgânicas, em particular dos pacientes com até quatro falências que totalizam 91,5% da amostra. Diferem, apenas, na frequência de pacientes com cinco ou seis falências orgânicas: 14,2% dos pacientes do H1 *versus* 5,2% e 5,3% no H2 e H3, respectivamente.

Tabela 1- Características dos pacientes e internações nos três hospitais (2004-2005)

	Amostra n=625	H1 n=225	H2 n=97	H3 n=303	P
Idade (anos)	61,8 ±17,2	61,0 ±17,0	67,5 ±16,0	60,4 ±17,3	0,72
Sexo Masc (%)	352 (56,3)	129 (57,3)	50 (51,5)	173 (57,1)	0,58
Tempo Hosp (dias)	22,3 ±26,7	28,6 ±27,8	15,3 ±36,1	19,8 ±20,6	0,001
Tempo UTI (dias)	11,4 ±17,8	15,5 ±22,0	6,2 ±6,9	9,9 ±15,9	(a-b-c) 0,001 (a)
N falências (%)					
1-2 sistemas	186 (29,7)	62 (27,5)	36 (37,1)	88 (29,0)	0,21
3-4 sistemas	386 (61,8)	131 (58,2)	56 (57,7)	199 (65,7)	0,14
5-6 sistemas	53 (8,5)	32 (14,2) ^a	05 (5,2)	16 (5,3)	0,001 a=0,02 b=0,001 c=0,96

Legenda: as comparações percentuais entre as três unidades foram realizadas por meio do teste Qui quadrado, ajustado por Finner: a=H1 x H2; b= H1 x H3; c=H2 x H3; Nas comparações das médias com distribuição não normal, realizamos um "log rank" das variáveis, comparadas posteriormente por Anova de uma via. N falências= número de falências orgânicas presentes.

Ainda que em proporções bem diversas, nos três hospitais predominaram as enfermidades que afetam a imunidade e as doenças respiratórias. O H1 apresentou um número maior de doenças que comprometem a imunidade ($p < 0,01$), enquanto H2 tem população semelhante ao H3 ($p = 0,88$). Predominaram como causas de internação na UTI, nos três hospitais, as disfunções cardiovasculares (choque) e respiratórias (insuficiência respiratória aguda), expressas na tabela 3. O motivo de óbito tem as mesmas causas e a mesma incidência nas três UTI: choque e disfunção múltipla de

órgãos e sistemas - 56,5% e 26,9%, respectivamente, sem diferença entre os mesmos ($p=0,39$).

Tabela 2 - Características das enfermidades nos três hospitais -2004-2005

	Amostra n=625	H1 n=225	H2 n=97	H3 n=303	P
Motivo Intern Hosp (%)					
D A Imunidade	232 (37,1)	106 (47,1) _a	30 (30,9)	96 (31,7)	0,001 a=0,01 b=0,0009 c=0,88
D Resp	124 (19,8)	26 (11,5)	21 (21,7)	77 (25,4)	0,0003 a=0,02 b=0,002 c=0,45
Motivo Intern UTI (%)					
D Cardiovasc	337 (53,9)	120 (53,3)	41 (42,3)	176 (58,0)	0,024 a=0,10 b=0,27 c=0,01
D Resp	209 (33,4)	77 (34,2)	31 (31,9)	101 (33,3)	0,92
Motivo Óbito (%)					
Choque	353 (56,5)	127 (56,4)	49 (50,5)	177 (58,4)	0,39
DMOS	168 (26,9)	63 (28,0)	24 (24,7)	81 (26,7)	0,83

Legenda: as comparações percentuais entre as três unidades foram realizadas por meio do teste Qui quadrado, ajustado por Finner: a=H1 x H2; b= H1 x H3; c=H2 x H3.

D A Imunidade= doenças que afetam a imunidade; DResp= doenças respiratórias;

DCardiovasc= doenças cardiovasculares; DMOS= disfunção múltipla de órgãos e sistemas.

Limitação de Suporte de Vida versus Reanimação Cardio-Pulmonar

A ocorrência de RCP na amostra foi de 14%, não havendo diferenças nessa prática entre as unidades estudadas: H1, H2 e H3 - 17,3%, 16,5%, e 10,6 respectivamente ($p=0,06$).

Ao analisarmos as características dos pacientes que foram ou não reanimados nesses hospitais, não encontramos diferenças quanto ao gênero, ao motivo de internação em UTI e tampouco quanto a gravidade ou número de disfunções orgânicas (Tabela 3).

Entretanto, a média de idade, o tempo médio de internação hospitalar e o tempo médio de internação em UTI foram bem superiores nos pacientes que receberam alguma forma de LSV quando comparados aos pacientes reanimados ($p<0,001$).

Saliente-se que a ocorrência de LSV nas três unidades foi superior a 80%, e sem diferenças com significância estatística ($p=0,06$).

Tabela 3- Características dos pacientes submetidos à Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) e com limitação de Suporte de Vida (LSV) ocorrido nas três UTI entre 2004-2005

	LSV	RCP	P
	n= 538	n= 87	
Gênero Masculino (%)	300 (55,7)	52 (59,7)	0,48
Idade Média (anos)	62,7±16,7	55,5±18,7	0,001
Tempo Médio Hospital (dias)	23,7±27,9	13,5±14,6	0,001
Tempo Médio UTI (dias)	12,3±18,6	5,5±9,7	0,001
Motivo Int UTI (%)			
Disf Cardiovasc	293 (54,5)	44 (50,6)	0,50
Disf Respiratória	177 (32,9)	32 (36,8)	0,47
Demais	68 (12,6)	11 (12,6)	0,99
Falências (%)			
1 – 2 sistemas	159 (29,5)	27 (31,0)	0,77
3 – 4 sistemas	334 (62,1)	52 (59,8)	0,68
5 – 6 sistemas	45 (8,4)	08 (9,2)	0,79

Legenda: as comparações percentuais entre as três unidades foram realizadas por meio do teste Qui quadrado, ajustado por Finner: a=H1 x H2; b= H1 x H3; c=H2 x H3; Nas comparações das médias com distribuição normal utilizamos o teste T de Student enquanto que aquelas variáveis com distribuição não normal, aplicamos o teste de Mann Whitney. Disf Cardiovasc= disfunção cardiovascular.

Atitudes de Limitação do Suporte de Vida nos três hospitais

Dos 538 pacientes submetidos a LSV (86%) observamos que em 81 (15,1%) a opção foi pela Ordem de Retirada (OR), em 53 (9,8%) pela Ordem de Não Oferta (ONO) e, em 404 (75,1%) pela Ordem de Não Reanimação (ONR). Quando comparados, há diferenças significativas entre os hospitais quanto a essa prática (Tabela 4). A forma mais comum de LSV nas três unidades é a ONR, o que por nós era esperado. Chamativo foi encontrar 15,1% de OR, bem superior aos 9,8% das ONO.

Tabela 4- Prevalência das diferentes formas de Limitação de Suporte de Vida (LSV) nas três UTI estudadas

	Amostra n=538	H1 n=186	H2 n=81	H3 n=271	P
OR	81 (15,1)	09 (4,8)	25 (30,9)	47 (17,3)	0,001 a=0,001 b=0,001 c=0,008
ONO	53 (9,8)	09 (4,8)	08 (9,9)	36 (13,3)	0,001 a=0,17 b=0,006 c=0,41
ONR	404 (75,1)	168 (90,3)	48 (59,2)	188 (69,4)	0,001 a=0,001 b=0,001 c=0,008

Legenda: as comparações percentuais entre as três unidades foram realizadas por meio do teste Qui quadrado, ajustado por Finner: a=H1 x H2; b= H1 x H3; c=H2 x H3; OR= ordem de retirada; ONO= ordem de não oferta; ONR= ordem de não reanimação.

Ao analisarmos a LSV desses 538 pacientes, encontramos apenas 33,6% (181/538) dos prontuários com registros dessas decisões (Tabela 7). Comparados entre si os hospitais H1 e H2 têm comportamento igual nesse quantitativo ($p=0,80$), enquanto o H3 se destaca com uma menor frequência desses registros, no que difere de H1 e H2 ($p<0,001$).

Chama a atenção que dos registros encontrados apenas 26% confirmam a participação da família. Em 24% as decisões foram tomadas em “rounds”. Em 22,6% pelo médico plantonista, contra apenas 18,3% pelos médicos rotineiros com assistência diária na UTI. O médico assistente participou da decisão em apenas 8,8% das decisões. Os três hospitais têm o mesmo comportamento quanto a participação da família ($p=0,56$), das decisões

em “rounds” ($p=0,36$) e das decisões em colegiado ($p=0,91$). Diferem nas participações do médico assistente, do médico rotineiro e do médico plantonista (Tabela 5).

Tabela 5- Frequência e características da tomada de decisão de Limitação de Suporte de Vida (LSV) nas três UTI estudadas

	Amostra n=538	H1 n=186	H2 n=81	H3 n=271	P
Registro da Decisão de LSV	181 (33,7)	74 (39,8)	37 (45,7)	70 (25,8)	0,01 a=0,80 b=0,001 c=0,001
Com a Família	47 (26,0)	17 (23,0)	12 (32,4)	18 (25,7)	0,56
Com o Médico Assistente	16 (8,8)	11 (14,9)	03 (8,1)	02 (2,8)	0,003 a=0,45 b=0,02 c=0,45
Em “round”	44 (24,3)	15 (20,3)	08 (21,6)	21 (30,0)	0,36
Pelo Médico Rotineiro	33 (18,3)	19 (25,7)	11 (29,7)	03 (4,3)	0,001 a=0,650 b=0,003 c=0,003
Pelo Médico Plantonista	41 (22,6)	12 (16,2)	03 (8,1)	26 (37,1)	0,001 a=0,24 b=0,003 c=0,003
Decisão sem Colegiado	74 (40,9)	31 (41,9)	14 (37,8)	29 (41,4)	0,91

Legenda: as comparações percentuais entre as três unidades foram realizadas por meio do teste Qui quadrado, ajustado por Finner: a=H1 x H2; b= H1 x H3; c=H2 x H3; LSV= limitação do suporte vital.

Nos três hospitais 40,9% das decisões de LSV foram tomadas por médico rotineiro ou plantonista isoladamente. As três unidades comparadas não mostram diferenças.

Pudemos constatar que o investimento clínico foi pleno nos pacientes com LSV tanto quanto nos pacientes com RCP, até os momentos que antecederam a morte, pela presença na prescrição de noradrenalina, de antibióticos, de hemoderivados, da hemodiálise e da ventilação mecânica (Tabela 6). Apenas duas diferenças puderam ser constatadas: o uso da morfina intravenosa contínua com significância ($p < 0,005$) e o uso dos exames laboratoriais com resultado de significância limítrofe.

Tabela 6 - Comparação entre as intervenções adotadas nos pacientes submetidos à Reanimação Cardio-Pulmonar e com Limitação de Suporte de Vida ocorrido nas três UTI entre 2004-2005

	LSV	RCP	P
	n= 538	n= 87	
VMI (%)	522 (97,0)	82 (94,2)	0,19
Noradrenalina (%)	391 (72,7)	68 (78,1)	0,28
Antibióticos	422 (78,4)	68 (78,1)	0,95
HVVC	65 (12,1)	09 (10,3)	0,64
Hemoderivados	138 (25,6)	27 (31,0)	0,29
Laboratório	476 (88,5)	83 (95,4)	0,05
Exames por imagem	168 (31,2)	34 (39,1)	0,14
Morfina	55 (10,2)	02 (2,3)	0,01
Fentanyl	295 (54,8)	44 (50,6)	0,45
Midazolam	265 (49,2)	49 (56,3)	0,22

Legenda: as comparações percentuais entre os grupos foram realizadas por meio do teste Qui quadrado VMI= ventilação mecânica invasiva; HVVC= hemodiálise venovenosa contínua.

DISCUSSÃO

A revisão sistemática de 636 em UTI num período de dois anos revelou que: (a) a LSV é uma prática muito comum em nosso meio, sendo em 75% como ONR; (b) os registros dessas decisões em prontuário médico são incomuns e incompletos; (c) a participação das famílias limita-se a uma de quatro decisões de LSV registradas; (d) o diagnóstico de ME em UTI é surpreendentemente raro, sendo os não doadores mantidos com VMI e vasopressores até a PCR.

Desde que a Reanimação Cardio-Pulmonar foi introduzida com sucesso, no início da década de 1960,³² a RCP é o padrão esperado pela sociedade, e não a LSV. Contudo, em 1974, a Associação Médica Americana recomendou que ONR fossem indicadas em certas situações e formalmente documentadas no prontuário médico.³² Como médicos, não temos o direito, em qualquer circunstância, de agir de forma a abreviar a vida de pacientes sob nossos cuidados,² como também não temos o direito de prolongar inutilmente seu morrer. Dessa forma se colocam as tensões no atual dilema que modula as atitudes médicas em UTI. Estima-se que aproximadamente 20% da população americana morrem em UTI. No Brasil são escassos os dados sobre o fim da vida de pacientes adultos que morrem nesses cenários.^{25,27,28,29-31}

Em nosso estudo a LSV foi encontrada em 86% dos óbitos. É muito semelhante ao praticado nos países do norte da Europa, EUA e Canadá, que apresentam uma freqüência usualmente superior à praticada na América Latina,

Ásia ou África.^{2, 5, 6,15, 17, 18, 27-29, 31, 33} Nossas médias de internação hospitalar e em UTI dos pacientes com LSV são o dobro das observadas em pacientes com RCP. Possivelmente isso se deva à forma de LSV mais adotada: a ONR. Concorrem para isso as (i) dificuldades de prognosticar a morte, (ii) o receio de contestação judicial, (iii) nossa insegurança frente à OR e ONO, (iv) o baixo nível de comunicação com as famílias e com o médico assistente (MA), (v) a falta de importância que se dá à participação da família nessas decisões. Contrariamente ao esperado a LSV pode aumentar o tempo e os custos de internação em UTI. É vista por muitos autores como um dos marcadores de má qualidade assistencial do fim da vida^{12,35} pois reforça a obstinação terapêutica, a sujeição do paciente a sofrimentos de retorno duvidosos, um maior número de intervenções, e um maior número de conflitos. Nossos dados, obtidos nessa amostra, vão nessa direção.^{4, 12, 35}

Acreditamos que há confusão conceitual entre OR, ONO e eutanásia a contribuir para uma maior prática médica da ONR em nosso meio. Nos últimos anos uma extensa abordagem da literatura médica a respeito do *End Of Life Care*, do Suicídio Assistido e da Eutanásia tem contribuído para a divulgação das práticas médicas nesse tema.¹⁸ Publicação sobre eutanásia chama a atenção que, mesmo na Holanda, onde essa prática foi legalizada em 2002, a LSV é freqüente e está em crescimento. Apontam que há uma tendência para a sedação profunda no fim da vida como alternativa à eutanásia. Os opiáceos em infusão contínua são comuns como sedoanalgesia em LSV, já que o Comitê Revisor Holandês desaprovou seu uso na eutanásia, pois nos últimos anos têm

aumentado as evidências de que o potencial dos opiáceos para encurtar a vida tem sido superestimado.^{4, 18}

Em nosso estudo, a sedação profunda com morfina foi a única diferença significativa na conduta terapêutica que diferenciou a população com LSV daquela submetida à RCP. A OR praticada incluía a retirada da dieta, controles glicêmicos, fisioterapia, antibioticoterapia, vasopressores, corticosteróides, processos dialíticos, mantendo sempre uma ventilação a 21% com sedoanalgesia contínua com morfina, por um tempo variável que se estendeu por até 11 dias. Embora qualitativamente semelhante à prática de outros países,⁵ a freqüência da OR entre nós ainda é muito baixa se comparada aos anglo-saxões. Num estudo realizado na Bélgica com 109 mortes consecutivas, a OR alcançou 86%, havendo referências na literatura de índices entre 36% e 80% em diferentes países do norte europeu, Canadá e nos EUA.^{2, 5, 16, 36,37} No sul da Europa e na América Latina, a OR não é a forma mais comum de LSV. Em termos de Brasil, 15,1% de OR é surpreendente, principalmente por tratar-se de uma atitude considerada pelos médicos como mais difícil de ser assumida do que a ONO - apesar da conhecida equivalência moral entre ambas atitudes.^{29,31,38} Num estudo realizado na Bahia que abrangeu a revisão de 67 pacientes que morreram em UTI, a OR foi praticada em apenas 6%.²⁵ É possível que a freqüência de OR por nós constatada se deva a um amadurecimento assistencial. A OR é proativa, resultado de entendimentos com a família e médico assistente. Parte de um consenso, capaz de reduzir o tempo

de internação em UTI e acrescentar qualidade ao cuidado do paciente e seus familiares.^{5, 29, 31, 35}

Nas unidades pediátricas a mesma mudança: 6 a 52% de LSV entre nós e em torno de 60 a 70% em estudos dos EUA e Canadá. As OR têm um uso menos extensivo em unidades pediátricas, variando de 2 a 4%. A RCP também mudou, tendo oscilado nos últimos anos entre 53 a 27%.^{29,31,39,40} Nossos dados apontam um RCP de apenas 14%, mas é sabido que a RCP hospitalar tem diminuído. Atualmente a ocorrência estimada de paradas cardíacas é de 1 a 5 para cada 1000 internações hospitalares, sendo a RCP adotada entre 5% e 31% dos casos.^{5, 39}

De todas as decisões de LSV adotadas encontramos registro de apenas uma de três, e de qualidade criticável pela falta de clareza e superficialidade. Nas UTI de pacientes adultos é comum que detalhes e mudanças de conduta sejam feitas oralmente, no que difere bastante das unidades pediátricas³⁴, talvez porque o convívio com as famílias seja mais constante nessas unidades. Vários autores têm enfatizado a importância dos registros, particularmente pelo (i) potencial de conflitos, (ii) participação de múltiplos profissionais, (iii) complexidade dos contextos caso a caso e por suas perspectivas do ponto de vista legal.^{2,6,12,14,22,27,28,38} Tem sido comum solicitações de foro legal para que os médicos demonstrem evidência clara e convincente que justifiquem suas decisões, assim como evidências de custo e benefício, algo que só um registro qualificado pode oferecer. Os registros deveriam exprimir as razões da LSV adotada: o desejo do paciente e/ou família;

a impossibilidade de alcançarmos o benefício esperado; o mau prognóstico ou curso de piora crescente; ou, ainda, a falha da terapia já utilizada, o que infelizmente poucas vezes se vê.^{6, 31, 38} Nos países europeus os registros têm variado entre 8% (na Itália) e 91% (na Holanda), mostrando a diversidade dessa prática.²

A gravidade expressa pelas disfunções orgânicas e a decisão de reanimar ou adotar LSV não estão relacionadas nessa amostra, fato observado por outros autores.¹⁵ Mesmo em unidades pediátricas tem sido mostrado uma boa correlação entre a idade, comorbidades, tempo de internação hospitalar e em UTI, com a mortalidade e custos. Contudo, esse valor prognóstico não tem sido confirmado para os índices de gravidade usados em UTI, como TISS, SAPS, PAMS, APACHE II e APACHE III e SOFA.^{4, 5, 11, 15, 27, 28, 51,52}

Apenas 11 dos 636 óbitos estudados tiveram o diagnóstico de ME de acordo com o protocolo do CFM de 1997. Esse número é muito baixo se comparado com a expectativa de 9 a 15% de ME dos óbitos em UTI.^{41,42} Talvez pela gravidade - 91% com mais de três falências orgânicas, e poucos pacientes neurocríticos. Se levarmos em conta que, para hospitais com mais de 350 leitos espera-se uma média de 0,015 potencial doador por leito/ano, e com 150 ou menos leitos 0,006 doador potencial por leito/ano, deveríamos ter encontrado no período pelo menos 23 doadores.⁴² Não podemos excluir que ME tenha sido subdiagnosticada. O diagnóstico apenas clínico é a forma dominante quando se sabe do potencial não doador do paciente ou dos familiares, deixando o diagnóstico de imagem – obrigatório – como não realizado.^{43,44} Nosso

entendimento é de que há um afastamento do médico intensivista do paciente com ME, talvez por não estarmos bem preparados como médicos para enfrentar a morte e o morrer. Vários estudos apontam a fragilidade de nossa formação e atitudes nesse contexto.⁴⁵⁻⁵⁰ Uma conduta já referida em unidades pediátricas pode igualmente ser constatada: mais de 80% dos pacientes em ME não-doadores tiveram todas as medidas de tratamento pleno mantidas até a parada cardíaca. Ainda que se trate de uma pequena amostra, é uma tendência sem respaldo técnico, ético ou legal, que em nada contribui para uma maior clareza conceitual do morrer.⁵⁰

A participação das famílias limitou-se a uma em quatro decisões. Não difere de países como Espanha e França, onde as famílias participam em 28 a 44% das decisões, mas radicalmente diverso da tradição americana e canadense.^{2,7} Essa prática na verdade pode esconder uma realidade mais dura: algo em torno de 8%, pois corresponde a 26% de 33% de registros encontrados. Pode dever-se a um distanciamento entre intensivistas e famílias. Nossas unidades costumam ser autoritárias e rígidas quanto à presença de familiares. Limitam a entrevista médica a uma vez ao dia. É incomum haver sala para entrevistas. É incomum haver participação da enfermagem ou a presença de um médico responsável por essa relação de modo regularmente estabelecido.

Não há dúvidas que este estudo apresenta limitações. É um estudo retrospectivo, uma análise de prontuários médicos pouco precisos e não sistematizados. Foi realizado em uma região do Brasil e tem o inevitável viés do

pesquisador. Mesmo assim esses resultados são bem-vindos e parecem ser representativos da medicina intensiva de nosso meio, o suficiente para acreditar que é preciso melhorar nossa prática de cuidados do fim da vida daqueles que morrem em UTI.

É nosso entender que desta forma, como em outros modelos ^{53,54}, quem sabe em futuro breve, os pacientes não sejam submetidos a tratamento fúteis, onerosos e plenos de sofrimento. A crescente prática da OR observada pode ser um indicador de que esse amadurecimento assistencial está a caminho e precisa de mais pesquisas para sua afirmação.

REFERÊNCIAS

1. Cairus HF, RJW, *Textos Hipocráticos: O Doente, O Médico E A Doença*. Coleção História e Saúde, Ed. Fiocruz. 2005, Rio de Janeiro. 252.
 2. Levin PD, Sprung CL. Cultural differences at the end of life. *Crit Care Med* 2003; 31(5 Suppl):S354-357.
 3. Ariés P: *História da Morte no Ocidente*. Vol. 1. 2003, Rio de Janeiro: Ediouro. 311.
 4. Curtis JR, Engelberg RA. Measuring success of interventions to improve the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl):S341-S347.
 5. Gajewska K, Schroeder M, De Marre F, Vincent JL. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in a Belgian intensive care unit. *Intensive Care Med* 2004; 30(6):1224-1227.
 6. Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, *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;32(8):770-784.
 7. Levy CR, Ely EW, Payne K, *et al*. Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. *Chest* 2005; 127(5):1775-1783.
 8. Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, *et al*. End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. *Crit Care Med* 2006;34(10):2547-2553.
 9. Walter KL, Siegler M, Hall JB. How decisions are made to admit patients to medical intensive care units (MICUs): A survey of MICU directors at academic medical centers across the United States *Crit Care Med* 2008; 36(2): in press.
-

10. Truog RD, Meyer EC, and Burns JP. Toward interventions to improve end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl):S373-S379.
 11. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT *et al*: Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32(3):638-643.
 12. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care. December 6-8, 2004. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2005. 19(3):75-83.
 13. Cook D, Rocker G, Marschall J, *et al*. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003; 349(12):1123-1132.
 14. Levy MM, McBride DL. End-of-life care in the intensive care unit: state of the art in 2006. *Crit Care Med* 2006; 34[Suppl.]:S306-S308.
 15. Bacchetta MD, Eachempati SR, Fins JJ, *et al*. Factors influencing DNR decision-making in a surgical Intensive Care Unit. *J Am Coll Surg* 2006; 202(6):995-1000.
 16. Mularski RA. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34[Suppl.]:S309-S316.
 17. Holzapfel L, Demingon G, Piralla B, *et al*. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2002; 28(9):1309-1315.
 18. Heide A, Philipsen BDO, Rurup ML, *et al*. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Eutanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1957-65
 19. Kapadia F, Singh M, Divatia J, *et al*. Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. *Crit Care Med* 2005; 33(6):1272-1275.
-

-
20. Kompanje EJ. "Death rattle" after withdrawal of mechanical ventilation: practical and ethical considerations. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22(4): 214-219.
 21. Cook D, Rocker G, Giacomini M, *et al.* Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl): S317-S323.
 22. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, *et al.* End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290:790-797.
 23. Buckley TA, Joynt GM, Tan PYH, Cheng CAY, Yap FH. Limitation of life support: frequency and practice in a Hong Kong intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32(2):415-420.
 24. Deshpande O, Reid MC, Rao AS. Attitudes of Asian-Indian Hindus toward end-of-life care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(1):131-135.
 25. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, *et al.* Conduitas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *RBTI* 2007; 19(2):137-143.
 26. Collins N, Phelan D, Carton E. End of life in ICU - care of the dying or 'pulling the plug'? *Ir Med J* 2006; 99(4):112-114.
 27. Lago PM, Piva JP, Kipper DJ, Garcia PCR, *et al.* Life support limitation at three pediatric intensive care units in southern Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(2):111-117.
 28. Kipper DJ, Piva JP, Garcia PCR, *et al.* Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr Crit Care Med*, 2005; 6(3):258-263.
 29. Carvalho PR, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modes of death in the PICU of a tertiary care hospital. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47(4):325-331.
-

-
30. Tanaka AC, Madi JM, Zatti H, *et al.* Estudo da Mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infan* 2005; 5(4):469-479.
 31. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J, *et al.* End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(2 Suppl):S109-S116.
 32. Burns JP, Edwards J, Johnson J, *et al.* Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003; 31(5):1543-1550.
 33. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, *et al.* Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31(9):2255-2262.
 34. Soares M, Terzi RGG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med* 2007; 33:1014-1017.
 35. Rubenfeld GD. Where do we go from here? One intensivist's perspective. *Crit Care Med* 2006; 34(11 Suppl):S412-S415.
 36. Schettino G, Altobelli N, Kacmarek RM. Noninvasive positive pressure ventilation reverses acute respiratory failure in select "do-not-intubate" patients. *Crit Care Med* 2005; 33(9):1976-1982.
 37. Narang AT, Sikka R. Resuscitation of elderly. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24:261-272.
 38. Código de Ética Médica. 1988, Conselho Federal de Medicina.
 39. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, *et al.* In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007; 33(2): 237-245.
 40. Rotta AT. End-of-life care in pediatrics. Much more than a fight against entropy. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(2):93-95.
 41. Chaninoff M, Hantson P, Matieu P, Guerit M. Brain death diagnosis in misleading conditions. *Q J Med* 1999; 92:407-414.
-

-
42. Sheehy E, Conrad SL, Brigham LE, *et al.* Estimating the number of potential organ donors in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349(7):667-74.
 43. Lago PM, Piva JP, Garcia PCR, *et al.* Brain death: medical management in seven Brazilian pediatric intensive care units. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(2):133-140.
 44. Schelemberg AM, Andrade J, Boing. Notificações de mortes encefálicas ocorridas na unidade de terapia intensiva do Hospital governador Celso Ramos à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos: análise do período 2003-2005. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2007; 36:1.
 45. Williams ML, Dogra N. Attitudes of preclinical medical students towards caring for chronically ill and dying patients: does palliative care teaching make a difference? *Postgrad Med J* 2004;80:31-34.
 46. Sahler OJ, Frager G, Levetown M, *et al.* Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities. *Pediatrics* 2000; 105(3 Pt 1):575-584.
 47. Bifulco VA: A Morte na Formação dos Profissionais de Saúde. *Prática Hospitalar* 2006; 45:164-166.
 48. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The Status of Medical Education in End-of-life Care A National Report. *J Gen Intern Med* 2003;18:685-695.
 49. Rosenbaum ME, Lobas J, Ferguson K. Using Reflection Activities to Enhance Teaching about End-of-Life Care. *Journal of Pall Med* 2005; 8:1186-1195.
 50. Stevens L, Cook D, Guyatt G, *et al.* Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2002; 30:290-296.
 51. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in Acute Organ-System Failure. *Ann Surg* 1985; dec:685-693.
-

52. Sternbach GL. The Glasgow Coma Scale. The Journal of Emergency Medicine 2000; 19(1):67-71.
 53. Burns JP, Truog RD. Futility A Concept in Evolution. Chest 2007; 132:1987-1993.
 54. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, *et al.* Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2008; 36: in press.
-

CAPÍTULO IV

4 CONCLUSÕES

Baseados nos resultados de nosso estudo, que analisou a atitude dos médicos nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos que morrem em Unidades de Tratamento Intensivo, foi possível constatar que:

- adultos que morrem em UTI em nosso meio com grande freqüência (>85%) são submetidos a alguma forma de Limitação de Suporte de Vida, semelhante ao observado em países desenvolvidos;
 - a Ordem de Não Reanimação predomina largamente como prática de LSV em nossas UTI, sendo mais comumente aplicadas a pacientes com uma média de idade, do tempo de internação hospitalar e em UTI superiores às observadas nos pacientes submetidos à Reanimação Cardio-Pulmonar;
 - as decisões de LSV estão mais vinculadas às comorbidades e ao tempo médio de internação hospitalar e em UTI do que com o número de disfunções orgânicas apresentadas por esses pacientes;
-

- as decisões de RCP e de LSV são assumidas pela equipe da UTI com pequena participação da família e quase nenhuma do médico assistente, sendo seus registros de má qualidade: inconstantes, incompletos e evasivos;
 - o tratamento médico dos pacientes submetidos à LSV quando comparado ao tratamento dos pacientes submetidos à RCP não difere, não tendo coerência com a decisão assumida;
 - o diagnóstico de Morte Encefálica em UTI geral é raro, com frequência é realizado sem atender ao protocolo estabelecido pelo conselho Federal de Medicina, e resulta em escassos doadores;
 - pacientes com diagnóstico completo de ME e não doadores são usual e equivocadamente mantidos em ventilação mecânica e com vasopressores até a parada cardíaca.
-

APÊNDICES

Apêndice A - Protocolo de Pesquisa

Hospital _____ Nº: _____

Nome do pesquisador: _____

I. DADOS GERAIS

1. Registro: _____
2. Gênero: () M () F
3. DN: ____/____/____
4. Idade: _____ Data admissão hospit: ____/____/____
5. Data intern UTI: ____/____/____ Óbito: ____/____/____ Hora: _____
6. Tempo internação UTI: _____ dias Diagnósticos na internação da UTI
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
 - d) _____
 - e) _____

II. DADOS DO ÓBITO

9. Número de falências 48 H antes do óbito

Cardiovascular	<input type="checkbox"/> PAM < 60 mmHg <input type="checkbox"/> Parada cardiorespiratória	<input type="checkbox"/> FC < 40 bpm <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas/CONT/ qquer dose
Respiratório	<input type="checkbox"/> FR > 30 <input type="checkbox"/> FR < 10 <input type="checkbox"/> EOT por obst alta ou ins resp	<input type="checkbox"/> PaCO2 > 65 <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2 < 200 <input type="checkbox"/> VM > 48 HORAS
Neurológico	<input type="checkbox"/> Glasgow < 8 <input type="checkbox"/> Pupilas midriáticas fixas	<input type="checkbox"/> HIC persistente
Hematológica	<input type="checkbox"/> Hb < 7 g% <input type="checkbox"/> Paquetas < 20000	<input type="checkbox"/> Leucócitos < 4000 <input type="checkbox"/> CIVD (PT > 20" ou TTPA > 60"
Renal	<input type="checkbox"/> Uréia > 100 <input type="checkbox"/> Creatinina > 2,0	<input type="checkbox"/> Diálise
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Transusão de sangue de 20ml/kg por hemorragia digestiva	
Hepática	<input type="checkbox"/> BT > 2.5 <input type="checkbox"/> TGO ou LDH maior que o dobro	<input type="checkbox"/> Encefalopatia hepática > grau 2

10. Causa do óbito: (evento desencadeante final)

- a) _____
- b) _____
- c) _____

III. EVIDÊNCIAS de LSV nas Últimas 48 H

11. Plano Registrado no prontuário: Não () Sim () Tempo do plano: 48h () 24h () 6 () no Óbito ()
Evidência de LSV Não () Sim () Tempo do plano: 48h () 24h () 6 () no Óbito ()

13. Qual? ONR () Não Oferta () Ordem de Retirada () Outros ()

Tipo de Decisão

- a) Round
- b) Rotineiro
- c) Plantonista
- d) Pac&Família
- e) Médico Assistente

LSV – limitação de suporte de vida ONR: Ordem de não reanimar

IV. MORTE ENCEFÁLICA

14. Morte Encefálica Não () Sim ()

15. Confirmação do diagnóstico de morte encefálica:

a) Clínico Hora Zero () b) Clínico Hora 6 () Imagem EcoDoppler ()
Cintilografia fluxo cerebral () c) EEG () d) Arteriografia () AngioTC ()
16. Definição de Morte Encefálica em ____/____/____ hora: _____

17. Doador: Sim () Não ()

V. MANÓBRAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR REALIZADAS (em relação a data do óbito):.

18. 48hs antes: Sim () Não ()

19. 24hs antes: Sim () Não ()

20. Imediatamente antes do óbito: Sim () Não ()

21. Nº de adrenalinas antecedendo o óbito: _____

Intervenções antecedendo o óbito

	48 horas	24 horas	No momento do óbito
Dopamina (µg/kg/min)			
Dobutamina (µg/kg/min)			
Adrenalina (µg/kg/min)			
Noradrenalina (µg/kg/min)			
Morfina (µg/kg/h)			
Fentanil (µg/kg/h)			
Midazolam (mg/kg/h)			
Quetamina mg/kg/h			
VMI & VNI			
HEMODERIVADOS			
LABORATÓRIO			
RADIOLOGIA			
ANTIBIÓTICOS			

* Protocolo aprovado pelas CEP de origem: HSL-PUCRS (1346/06)

** Pesquisadora responsável: Dr. Jairo Othero (51)9969.5640

Apêndice B – Manual de Pesquisa

Prezados colegas

Estamos iniciando uma pesquisa de campo que será a base de nosso trabalho. Pretendemos publicá-lo em revista de circulação internacional voltada aos temas da Medicina Intensiva.

Trata-se de pesquisa multicêntrica, observacional e retrospectiva, feita com revisão de prontuários. A precisão e acurácia na coleta, entre os pesquisadores de nossos dados, serão fundamentais para sua validação e publicação em periódicos de impacto.

O tema é pertinente, atual e tem largo sentido na prática assistencial. Esse estudo permitirá revelar como o intensivista brasileiro tem feito os cuidados do fim da vida dos pacientes adultos que morrem em UTI. O que faz. O que escreve. Até onde mantém tratamento pleno, como, porque e quando age frente ao morrer inevitável. Em momento algum será feita qualquer comparação entre os serviços. Os dados serão analisados em conjunto.

Consideradas as distâncias, a natural heterogeneidade da estrutura, do perfil profissional, dos processos e linguagem envolvidos nas rotinas das equipes, decidimos por criar esse MANUAL.

O objetivo desse Manual é o de tornar uniforme o entendimento sobre o que coletar, porque coletar e como coletar. Abordaremos item por item, seguindo o próprio documento de coleta.

Jairo B Othero
Pesquisador Principal

1. HOSPITAL & NÚMERO

Seguindo uma lógica geográfica enumerei os hospitais e UTI do RS para cima, ficando assim:

1. Hospital São Lucas da PUC/RS – P Alegre/RS [Fernando Suparregui]
2. Hospital Universitário de Santa Catarina – Florianópolis/SC [Dr Fernando Machado & Dra Rachel Moritz]
3. Hospital Grajaú – SP/SP [Dr Marcelo Moock]
4. Hospital Universitário da UNICAMP – Campinas/SP [Dr Renato Terzi]
5. Hospital de Salvador - Salvador/Ba [Dr Sydney Agareno]
6. Hospital de Recife – Recife/PE [Dr Odin Barbosa]

2. NOME DOS PESQUISADORES

São pesquisadores os Coordenadores de Pesquisa por mim convidados e representantes de cada UTI acima referida [sete ao todo], e os Relatores de Pesquisa indicados para a coleta dos dados pelos Coordenadores de cada unidade [máximo de dois por UTI].

Hospital _____	Nº: _____
Nome dos pesquisadores: _____	

3. PERFIL DOS PESQUISADORES

Esses dados serão informados pelo Coordenador de Pesquisa de cada UTI e inseridos no texto do trabalho em “Pacientes e Métodos”, na descrição geral do método de coleta dos dados registrados em prontuário. A qualificação dos pesquisadores por sua formação, conhecimento e experiência são um referencial de qualidade da coleta.

O perfil dos *Coordenadores* de Pesquisa inclui necessariamente:

- ☞ Especialista em Medicina Intensiva
- ☞ Coordenadores de UTI há mais de cinco anos
- ☞ Exercício profissional da Medicina Intensiva há mais de 10 anos

O perfil dos *Relatores* de Pesquisa inclui necessariamente:

- ☞ Se Médico Residente, de segundo ano em Medicina Intensiva
- ☞ Rotineiros ou Plantonistas especialistas em Medicina Intensiva
- ☞ Em função na UTI há mais de dois anos
- ☞ Exercício profissional da Medicina Intensiva há mais de cinco anos

São funções próprias dos Coordenadores de Pesquisa:

- ☞ Escolher os relatores de pesquisa
- ☞ Responsabilizar-se pela qualidade e prazos da pesquisa
- ☞ Definir os entendimentos necessários à coleta em sua UTI
- ☞ Tomar todas as iniciativas burocráticas em seu hospital que viabilizam e facilitem a coleta em sua UTI nos prazos dispostos

- ☞ Dirimir dúvidas que surgirem quando da coleta em sua UTI com os relatores e com o pesquisador principal
- ☞ Revisar e assinar cada Protocolo de Pesquisa preenchido com os dados da coleta de sua unidade
- ☞ Encaminhar por SEDEX ao pesquisador principal os Protocolos de Pesquisa já preenchidos com os dados de sua unidade nos prazos acordados

São funções próprias dos Relatores de Pesquisa:

- ☞ Fazer a coleta dos dados de cada prontuário selecionado de acordo com o Manual e os entendimentos junto ao Coordenador de Pesquisa de sua unidade
- ☞ Preencher os Protocolos de Pesquisa de forma limpa e clara com todos os dados conforme entendimentos com o seu Coordenador de Pesquisa ou Pesquisador principal
- ☞ Cumprir os prazos previstos para coleta, mantendo pelo menos o número estimado como mínimo de coleta por semana para sua UTI
- ☞ Revisar e assinar todos os Protocolos de Pesquisa preenchidos, responsabilizando-se pelos dados encaminhados
- ☞ Responsabilizar-se pela “recoleta” de dados que não forem consistentes, incompletos, incompatíveis ou considerados duvidosos.

4. DADOS GERAIS

Não haverá maior dificuldade no entendimento e na coleta desses dados, quais sejam:

<p>I. DADOS GERAIS</p> <p>1. Registro: _____</p> <p>2. Gênero: () M () F</p> <p>3. DN: ___/___/___</p> <p>4. Idade: _____ anos</p> <p>5. Data admissão hospital ___/___/___</p> <p>6. Tempo internação UTI: _____ dias/horas</p> <p>7. Óbito: ___/___/___ Hora: _____</p> <p>8. Tempo internação UTI: _____</p>
--

Merecem cuidados especiais os *Diagnósticos na Internação da UTI*. Poderão ser sindrômicos: CHOQUE, COMA, TEP. Uma dificuldade que poderá surgir é o uso de ABREVIATURAS. Embora relativamente comuns e conhecidas, pode variar. Cada unidade deverá fazer uma LISTA de ABREVIATURAS usadas para que a linguagem fique clara.

5. DADOS DO ÓBITO

Nosso objetivo é identificar as falências orgânicas nas últimas 48 horas de vida do paciente e a causa fisiopatológica do óbito, o que pode ser feito a partir dos “fluxogramas” ou “registros de exames”.

Basta a identificação de valores que coincidam com os critérios de disfunção orgânica adotados pelo estudo e seus referenciais.

Muitos registros médicos são imprecisos quanto a causa do óbito. O que pode ser encontrado e não serve, entre outras as alternativas:

- ✓ Não há registro
- ✓ Parada Cardíaca
- ✓ TCE
- ✓ POLITRAUMATISMO
- ✓ AVC
- ✓ Pneumonia
- ✓ Coma
- ✓ DPOC

Recomendamos que sejam identificadas as prováveis causas do óbito em suas bases fisiopatológicas como evento desencadeante final da morte para registro, como por exemplo:

- ✓ Choque refratário
- ✓ Hipoxemia Terminal
- ✓ Hemorragia Cérebro-Meningea
- ✓ HIC
- ✓ Assistolia
- ✓ Atividade Elétrica Sem Pulso
- ✓ Choque Séptico
- ✓ Disfunção Orgânica Multi-Sistêmica
- ✓ Distúrbio Hidro-eletrolítico

As disfunções orgânicas e as causas do óbito podem não ter sido motivo de internação na UTI e mesmo não terem sido apontadas como tal de forma explícita pela equipe, mas presentes cabe seus registros.

II. DADOS DO ÓBITO

9. Número de falências nas últimas 48 h antes do óbito: (ver apêndice 1 - final do protocolo)

- a) Cardiovascular ()
- b) Respiratória ()
- c) Hepática ()
- d) Hematológica ()
- e) Renal ()
- f) Gastrointestinal ()
- g) Neurológica ()

10. Causa do óbito: (evento desencadeante final)

a) _____

b) _____

6. PLANO

O objetivo primeiro é anotar se no prontuário há registros de um Plano para LSV. Como “plano” aceitam-se registros em prontuário de uma “discussão médica sobre a terminalidade do paciente”, tenha sido no “round”, com o médico assistente, ou com a família [do tipo “decidido pelo conforto após discussão em round ” ou “conversei com os filhos e concordam que não há saída - o paciente está sofrendo inutilmente”]. O segundo objetivo é anotar se foram encontradas evidências registradas no prontuário de que se praticou alguma forma de LSV, sejam elas explícitas ou não! Por evidências aceitam-se: prescrições não “checadas” ou “não efetivadas”; tratamento pleno até o fim e não reanimação; suspensão de medidas terapêuticas usadas, entre outras.

III. PLANO ou EVIDÊNCIA de LSV

Há evidência de LSV: tratamento pleno sem RCCR () Não Há evidência de LSV ()

11. Plano Registrado no prontuário: Não () Sim ()

12. Tipo? ONR () ONO () OR () OUTROS ()

.....

13. Data do plano: ____ / ____ / ____

14. Tipo de Decisão [com a participação de]

- a) Colegiada ou “round” ()
- b) Rotineiro ()
- d) Família ()
- e) Médico Assistente

7. MORTE ENCEFÁLICA [ME]

Precisamos registrar se houve o diagnóstico de ME no prontuário para os casos nos quais o diagnóstico cabia, ou se simplesmente há relatos de “provável MC”, o diagnóstico por protocolo não foi realizado e o paciente morreu sem que haja evidências de investimento clínico nas últimas horas.

Se o diagnóstico foi feito, seguiu o Protocolo do CFM? Isto inclui um exame ao tempo zero e em seis horas, com dois médicos, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião, com uso de protocolo específico e dispor de imagem confirmatória da lesão e da ME, Teste Calórico e da Apnéia.

Se houve confirmação da ME por imagem, qual o método e se foi no próprio hospital. Feito o diagnóstico de ME em quanto tempo foi desligada a ventilação por reconhecer-se o óbito nos casos que não se deu a doação de órgãos. Se houve espera pela morte cardíaca, quanto tempo levou?

IV. MORTE ENCEFÁLICA

14. Morte Encefálica Não () Sim ()

15. Diagnóstico de morte encefálica

a) Clínico () zero e () 6hs

b) Registro de provas calóricas e teste de apnéia () zero e () 6hs

c) Comprovação por imagem - no Hospital () em outro Hospital ()

C1) Cintilografia fluxo cerebral()

C2) EEG ()

C3) Arteriografia ()

C4) EcoDoppler TC

C5) AngioTomo SNC

8 MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Precisamos registrar os “esforços de reanimação” nas últimas 48 horas dos pacientes que morreram na UTI. Eles significam, quando genuínos, investimento médico no paciente, negando – em tese - sua terminalidade ou qualquer medida de LSV. É preciso estar atento para:

- ☞ A reanimação foi de fato uma “reanimação completa”: drogas, doses, vias e MCE foram usadas como se deve e pelo tempo esperado para o caso?
- ☞ Houve investimento no pós-imediato: volume, vasopressores, exames? Ou foi considerado não reanimável [ONR] em evolução médica imediata?
- ☞ Depois de reanimado, em que tempo se deu o óbito?
- ☞ Uma segunda ou terceira Parada Cérebro-Cardio-Respiratória [PCCR] não reanimada não invalida ter sido ele “reanimado” e como tal registrado.

Confira na prescrição as drogas e quantidades usadas. Veja se está descrito na evolução o tempo de parada e reanimação. Veja também se na prescrição imediata há evidências de investimento como exames laboratoriais ou de imagem, volumes/IV, vasopressores, regimes especiais de ventilação [ventilação pesada – FiO2 elevada, PEEP ou PIP altos]. Veja pedidos de avaliação por especialistas, transfusões ou procedimentos adicionais [cateteres, hemodiálise] ou mesmo cuidados novos [glicemia digital – HGT, por exemplo].

V. RESSUSCITAÇÃO CÉREBRO-CARDIORESPIRATÓRIA

18. RCCR Completa em 48hs: Sim () Não ()
19. RCCR Completa em 24hs: Sim () Não ()
20. RCCR Completa antes do óbito: Sim () Não ()
21. Nº de adrenalinas antes do óbito: []
22. Nº de Atropina antes do óbito []

[RCCR – Reanimação-Cérebro-Cárdio-Respiratória]

9 TABELA de DROGAS & DISFUNÇÕES

A tabela de Procedimentos antes do Óbito serve para registro de procedimentos médicos dos últimos momentos antes do óbito.

Os registros e anotações em folhas de passagem de plantão, dos médicos e da enfermagem, costumam ser muito úteis!

	48 horas	24 horas	No momento do óbito
Dopamina (mcg/kg/min)			
Dobutamina (mcg/kg/min)			
Adrenalina (mcg/kg/min)			
Noradrenalina (mcg/kg/min)			
Morfina (mcg/kg/h)			
Fentanil (mcg/kg/h)			
Midazolam (mcg/kg/h)			
Quetamina mg/kg/h			
Ventilação Mecânica & FiO2			
VOLUME infundido			
TRANSFUSÕES			
PROCEDIMENTOS [diálise]			

10 DINÂMICA de TRABALHO & PERFIL dos SERVIÇOS

Além da clareza do dado coletado e uniformidade do registro, tempos e dos prazos de coleta darão consistência científica ao trabalho.

Os meses de Janeiro, Fevereiro e Março são difíceis pois há férias e lenta retomada da rotina. Abril e Maio serão meses de trabalho e nossa data limite de encerramento da pesquisa de campo.

Isto significa que serão 08 semanas para a coleta de um universo com perto de 300 a 400 prontuários por unidade. É possível revisar 40 prontuários por semana [de segunda à sexta-feira].

Terei retornado da Espana até 10 de Abril. Cada Coordenador de Pesquisa deverá enviar-me até 15 de Abril os seguintes dados de seu hospital e UTI:

- HOSPITAL
 - ✓ NATUREZA INSTITUCIONAL
 - ✓ RELAÇÃO com o SUS
 - ✓ NÚMERO de LEITOS
 - ✓ PERFIL ASSISTENCIAL
 - ✓ COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL
 - ✓ CLÍNICAS ASSISTENCIAIS BÁSICAS
 - ✓ ESTRUTURA de ENSINO e PESQUISA
 - ✓ COMITÊ de BIOÉTICA
 - ✓ CIHDOTT e PAPEL REGIONAL
 - ✓ MORTALIDADE INSTITUCIONAL
 - ✓ MÉDIA de PERMANÊNCIA nas CLÍNICAS BÁSICAS
 - UTI
 - ✓ NÚMERO de LEITOS
 - ✓ TIPO ASSISTENCIAL de UNIDADE [Aberta, Fechada, Mista]
 - ✓ PERFIL dos PACIENTES [Clínica, Cirúrgica, Trauma, etc.]
 - ✓ APACHE II MÉDIO
 - ✓ MORTALIDADE INSTITUCIONAL
 - ✓ MÉDIA de PERMANÊNCIA
 - ✓ MÉDIA de OCUPAÇÃO
 - ✓ COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL
 - ✓ DINÂMICA de TRABALHO [rotineiros, round assistencial]
 - ✓ RELAÇÃO com ENSINO e RESIDÊNCIA
 - ✓ CENTRO FORMADOR AMIB
 - ✓ REFERÊNCIA REGIONAL
-

Precisaremos que sejam encaminhados juntamente com os dados do hospital e das unidades dados completos dos médicos pesquisadores:

- ✓ NOME completo
- ✓ FORMAÇÃO ACADÊMICA
- ✓ EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
- ✓ TELEFONES & HORÁRIOS
 - Do Hospital
 - Da UTI
 - De CASA
 - Do CELULAR

Farei contato por telefone com cada um dos coordenadores e ajustes nos Manual e no projeto são esperados com a participação de todos!

Porto Alegre, 22 de março de 2007.

Jairo B Othero
Pesquisador
Jefferson Piva
Orientador
