

GUILHERME BEDUSCHI

**AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO HU/UFSC E
COMPARAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES QUE
MORRERAM NAS ENFERMARIAS COM O DAQUELES QUE
MORRERAM NA UTI**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

GUILHERME BEDUSCHI

**AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO HU/UFSC E
COMPARAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES QUE
MORRERAM NAS ENFERMARIAS COM O DAQUELES QUE
MORRERAM NA UTI**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira
Professor Orientador: Prof. Dr. Rachel Duarte Moritz
Professor Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Osni Machado**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Sérgio Beduschi e Maria Lúcia Aranha Pacheco Beduschi, ao meu irmão Sérgio Beduschi Filho, pelo carinho e amor ao longo de toda a minha vida.

Aos meus orientadores Rachel Duarte Moritz e Fernando Osni Machado, por toda a orientação, conhecimento e empenho neste estudo.

A toda minha turma medicina 011, pela amizade nesses últimos cinco anos, especialmente aos meus amigos Fernando Martins, Marcelo Zeni, Ricardo Correa, Hugo Cardoso.

À Flávia Fávere, por me incentivar e sempre estar ao meu lado.

RESUMO

Objetivos: Comparar o perfil dos pacientes que morreram nas enfermarias com o daqueles que morreram na UTI. Verificar se os óbitos foram considerados esperados (E) e não evitáveis (NE). Constatar se houve recusa/suspensão de terapêutica (RST) precedendo a morte.

Método: Os dados foram obtidos através de uma ficha elaborada e preenchida pela Comissão de Óbito Hospitalar (COH). Nessa ficha constavam os aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos dos pacientes e a avaliação dos membros da COH sobre a expectativa/evitabilidade dos óbitos.

Resultados: Analisou-se os dados dos 326 pacientes que morreram entre julho/2004 e dezembro/2005. Desses, 128 morreram na UTI (G1) e 198 nas enfermarias (G2). A RST precedeu 38,2% dos óbitos no G1 e 2% no G2 ($p<0,001$). As principais RSTs foram drogas vaso-ativas e antibióticos. No G1 cerca de 20% das mortes foram classificadas como evitáveis e/ou não esperadas (E/NE). No G2 5% das mortes foram consideradas evitáveis e 6,5% não-esperadas ($p<0,001$). Os pacientes do G1 eram predominantemente mais jovens e do sexo masculino ($p<0,005$). A ordem de não-reanimar constava em 48,4% dos prontuários dos pacientes do G2 e em 6,8% do G1 ($p<0,001$). Manobras de reanimação cardiopulmonar (RCR) ocorreram em 23,4% no G1 e em 5,5% no G2 ($p<0,001$).

Conclusões: Os pacientes que morreram na UTI eram mais jovens e receberam mais DVA. Nessa unidade os óbitos foram mais freqüentemente precedidos da RST. A RCR foi realizada em somente 5% das paradas cardíaco-respiratórias ocorridas enfermarias onde foi constatada a ordem de não reanimar em 48% dos prontuários. Poucos óbitos (8-10%) foram considerados E/NE. Não foi constatado indícios de erro profissional ou institucional nesses óbitos.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the deaths occurred in the University Hospital Universidade Federal de Santa Catarina. To compare the profile of the patients who had died in the infirmaries with the patients who died in the intensive care unit (ICU). To classify deaths in expected or not and preventable or not. To evidence if the refusal/suspension of treatment (RST) preceded the death.

Method: The files of the Hospital Death Commission (HDC) had been analyzed, getting from them the clinical and demographic data. The HDC classified the deaths in preventable or not and in expected or not.

Results: The data of 326 patients had been analyzed. 128 died in ICU (G1) and 198 in the infirmaries (G2). The RST preceded 38.2% of the deaths in G1 and 2% in the G2 ($p < 0,001$). In the G1 about 20% of the deaths it was classified as preventable and/or not-awaited. In the G2 these indices had represented about 5% of deaths ($p < 0,001$). The patients of the G1 were predominantly younger and were mostly male ($p < 0,005$). The order not-to-reanimate consisted in 48% of handbooks of the patients of the G2 and in 6.8% of handbooks of the G1 ($p < 0,001$). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) had occurred in 23.4% of the patients of the G1 and in 5.5% of the patients of the G2 ($p < 0,001$).

Conclusions: The G1 was younger e the death was more frequently preceded by RST. The G2 was older; half of patients had the order to do-not-resuscitate. Just a few deaths were considered preventable and not expected.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II
COH	Comissão de Óbito hospitalar
DVA	Drogas vaso-ativas
FIHO	Ficha de investigação de óbitos hospitalares
HU/UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)
MRCP	Manobra de ressuscitação cardiopulmonar
NS	Não significante estatisticamente
PCR	Parada cárdio-respiratória
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
RST	Recusa ou suspensão de terapêutica
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vi
SUMÁRIO.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	3
3 MÉTODO.....	4
3.1 Delineamento da pesquisa.....	4
3.2 Local.....	4
3.3 Amostra.....	4
3.4 Procedimentos.....	4
3.4.1 Elaboração do questionário.....	4
3.4.2 Aplicação do questionário.....	4
3.5 Análise Estatística.....	5
4 RESULTADOS.....	6
5 DISCUSSÃO.....	9
6 CONCLUSÕES.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
NORMAS ADOTADAS.....	19
ANEXOS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A partir do século passado o desenvolvimento tecnológico modificou o estilo e a perspectiva de vida do ser humano. A expectativa de vida que era de 34 anos no início do século XX, hoje está próxima de 80 anos nos países desenvolvidos.^{1,2} O envelhecimento trouxe profundas modificações na morbi-mortalidade da população, sendo as doenças infecto-contagiosas substituídas pelas doenças crônico-degenerativas como principal causa de morte.³

Concomitantemente, os hospitais ganharam novas tecnologias no campo do tratamento e do suporte de vida. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram como opção no tratamento do paciente gravemente enfermo. As instituições de saúde aumentaram em número e firmaram-se na cultura ocidental como referência para tratamento de doenças, sendo que vários fatores têm contribuído para incrementar essa estatística. Dentre esses fatores pode-se citar o desenvolvimento tecnológico, que tem gerado uma maior oferta de métodos diagnósticos e de opções terapêuticas, o melhor controle das doenças crônicas, com conseqüente aumento da expectativa de vida, e o crescimento da violência urbana, que tem aumentando a incidência de pacientes vítimas de politrauma.

As instituições hospitalares também se firmaram como principal local de ocorrência dos óbitos,^{2,4-6} por serem referências para o tratamento de doentes graves e pelo fácil acesso através das emergências, culminando com o aumento do número de internações e conseqüentemente com o aumento do número de óbitos intra-hospitalares. Outros fatores que têm contribuído para esse fato são a facilidade quanto ao fornecimento de atestado de óbito, o grande número de pacientes terminais internados nesses nosocômios⁷ e a precariedade do atendimento domiciliar desses enfermos o que os leva a procurarem assistência hospitalar, na perspectiva da obtenção de uma morte digna.⁸

Em Florianópolis, no ano de 2003, ocorreram 1708 óbitos: 1251 em hospitais (73.2%),⁹ mais especificamente 328 (19.2%) no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).¹⁰ Pode-se constatar que a maioria dos óbitos ocorreram em hospitais, o que reflete uma realidade mundial.³⁻⁶ Há, portanto, uma crescente necessidade de que seja desenvolvido um controle de qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, que vise principalmente a análise do tratamento instituído aos pacientes nesses setores.

Os tratamentos instituídos aos pacientes terminais também devem ser avaliados, devendo ser verificado se foi providenciado o conforto clínico e psíquico necessário ou se houve obstinação terapêutica, definida como o prolongamento do processo de morrer, levando ao aumento do sofrimento do ser humano na fase final da sua vida.^{11,12} A obstinação terapêutica tem gerado a necessidade de o médico decidir sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos (RST) considerados fúteis ou inúteis, mudando o foco do tratamento da cura para o conforto do paciente. Essa é uma questão ético-social, pois a obstinação terapêutica além de acarretar um sofrimento desnecessário ao paciente e aos seus familiares, pode gerar altos custos financeiros, aumentando o consumo dos escassos recursos reservados à saúde.

Adaptando-se à Portaria Interministerial Nº. 1000 de 15 de abril de 2004, foi criada pelo Diretor Geral do HU/UFSC, em julho de 2004, a Comissão de Óbito Hospitalar (COH), que possui como objetivo avaliar os prontuários dos pacientes que faleceram dentro deste Hospital. Este trabalho tem como finalidade avaliar e analisar os dados obtidos pela COH, desde julho de 2004 a dezembro de 2005.

2 OBJETIVOS

- Avaliar os óbitos ocorridos no HU/UFSC no período de julho de 2004 a dezembro de 2005, comparando o perfil dos pacientes que morreram nas enfermarias com o daqueles que morreram na UTI.
- Verificar se os óbitos foram considerados esperados e não evitáveis.
- Constatar se houve recusa ou suspensão de terapêutica precedendo a morte.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Este foi um estudo de coorte retrospectivo, não controlado, com abordagem qualitativa e quantitativa, que foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC nº 375/05.

3.2 Local

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

3.3 Amostra

Foram incluídos no estudo todos os pacientes internados no HU/UFSC, adultos (com idade superior a 14 anos), que faleceram no período de julho de 2004 a dezembro de 2005.

Foram excluídos todos os pacientes que faleceram no setor de emergência ou que chegaram ao hospital vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR).

3.4 Procedimentos

3.4.1 Elaboração do questionário

Foi utilizada a ficha de investigação de óbitos hospitalares (anexo I) que foi desenvolvida pelos membros da COH. Os autores foram consultados e permitiram a utilização desse questionário para este trabalho. Foram constatados os dados referentes aos aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos dos pacientes, assim como a causa do óbito conforme o atestado de óbito. Foi também observado se a morte do paciente foi precedida da ordem de não reanimação em caso de PCR ou da RST. Foi também anotada a avaliação qualitativa dos membros da COH, que classificaram os óbitos como esperados ou não e como evitáveis ou não.

3.4.2 Aplicação do questionário

A relação de pacientes que morreram no HU/UFSC foi obtida mensalmente através das estatísticas do sistema de informática desse hospital pelos membros da COH. Foram então

solicitados os prontuários que foram analisados. Os dados foram então anotados na ficha de investigação. Os casos controversos foram discutidos nas reuniões mensais da COH.

Este trabalho teve acesso apenas os dados obtidos pelos membros da COH, sem pesquisa direta aos prontuários dos pacientes.

3.5 Análise Estatística

Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p < 0,05$. Resultados acima desse número foram considerados não significantes (NS).

4 RESULTADOS

No período de julho de 2004 a dezembro de 2005, 326 pacientes faleceram no HU/UFSC e foram incluídos neste estudo. Desses, 128 morreram na UTI e 198 nas enfermarias (26 enfermarias cirúrgicas e 168 enfermarias clínicas). Ressalta-se que existem 268 leitos de enfermarias clínicas e cirúrgicas e 6 leitos de UTI no HU/UFSC.

Na tabela 1 são demonstrados os aspectos clínicos e demográficos dos pacientes que morreram no HU/UFSC, no período analisado.

Tabela 1 - Aspectos clínicos e demográficos dos pacientes que morreram no HU/UFSC

Variáveis Clínicas e Demográficas	Óbitos na UTI n= 128		Óbitos nas Enfermarias N= 198		Teste	P
	N	%	N	%		
Sexo					χ^2	0,004
Masculino	87	67,9	102	51,5		
Feminino	41	32	96	48,4		
Uso drogas vaso-ativas	97	75,7	15	7,5	χ^2	<0,001
Terapia suspensa/recusada	49	38,2	4	2	χ^2	<0,001
Ordem não realizar RCP*	8	6,3	96	48,4	χ^2	<0,001
Manobras de RCP	30	23,4	11	5,5	χ^2	<0,001
Óbito durante o dia (7-19h)	65	50,7	100	50,5	χ^2	N.S. †
Média de idade (anos)	57,1		70,4		<i>T Student</i>	<0,001
Tempo médio UTI (dias)	6,1		10,5‡		<i>T Student</i>	NS
Escore APACHE II médio	27,7		25,5§		<i>T Student</i>	NS

*RCP: ressuscitação cardiopulmonar

† NS.: não estatisticamente significativa.

‡ APACHE II médio dos pacientes obtiveram alta da UTI e faleceram nas enfermarias.

§ Tempo médio de internação na UTI dos pacientes obtiveram alta da UTI e faleceram nas enfermarias.

Ressalta-se que dos óbitos ocorridos nas enfermarias, 14 (6,25%) eram de pacientes que haviam recebido alta da UTI. Dos quatro pacientes das enfermarias cujas mortes foram precedidas da RST, três haviam recebido alta da UTI.

Quanto aos pacientes que faleceram na UTI, a média de idade daqueles para os quais houve RST precedendo o óbito (n=49) foi de 58,1 anos e a média de idade daqueles que receberam terapia plena até o momento da morte foi de 56,8 anos (NS).

Na tabela 2 são enumeradas as principais terapias retiradas ou recusadas que precederam os óbitos.

Tabela 2 - Principais terapias retiradas ou recusadas que precederam os óbitos no HU/UFSC

Terapia Suspensa/Recusada	Óbitos ocorridos na UTI	Óbitos ocorridos nas Enfermarias
Drogas vaso-ativas		
Noradrenalida	21	1
Dopamina	14	2
Dobutamina	8	0
Antibióticos	12	0
Diálise	8	1
Dieta	2	0
Novas medicações	2	0

Os óbitos não-esperados contabilizaram 26 casos (20,3%) na UTI e 13 casos (6,5%) nas enfermarias ($p < 0,001$). Os óbitos considerados como evitáveis totalizaram 29 (8%). Desses, 19 (5%) ocorreram na UTI e 10(%) nas enfermarias ($p = 0,004$). Estes valores são demonstrados na figura 1 (em %).

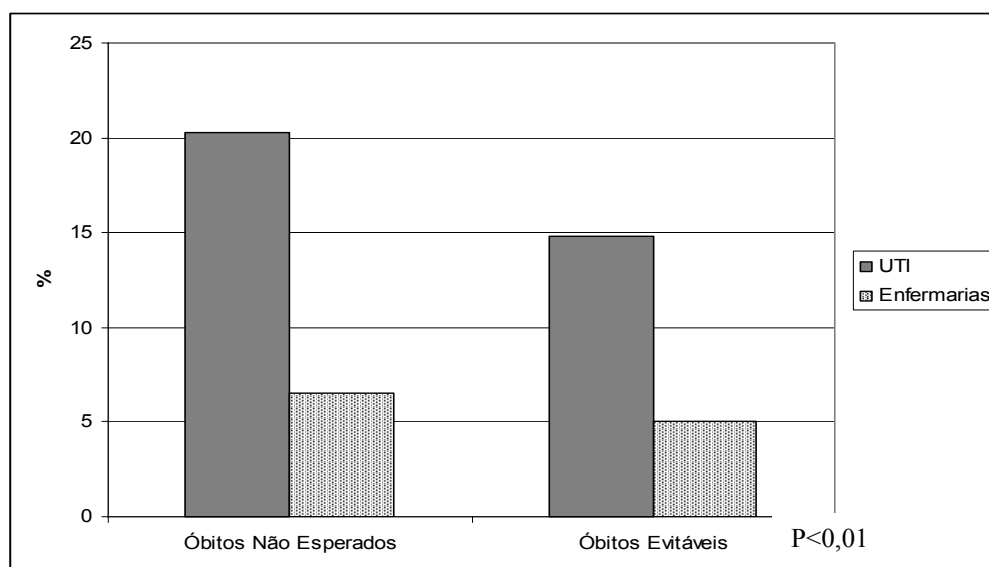


Figura 1 - Óbitos considerados não esperados e evitáveis na UTI e nas enfermarias do HU/UFSC (em %)

Na tabela 3 são destacados os motivos que levaram os membros da COH a julgarem os óbitos como evitáveis.

Tabela 3 - Motivos pelos quais os óbitos foram considerados evitáveis.

Causas de Óbitos Considerados Evitáveis	Óbitos ocorridos na UTI		Óbitos ocorridos nas Enfermarias	
	N	%	N	%
	Complicações não esperadas no pós-operatório	6	31,6	1
Doença infecciosa fulminante em pacientes previamente hígidos	5	26,3	0	0
Diagnóstico tardio da patologia que levou a internação	5	26,3	4	40
Procura tardia ao sistema de saúde	1	5,3	1	10
Sem causa aparente (paciente levado ao serviço de verificação de óbitos)	0	0	2	20
Complicações trans-operatórias	0	0	1	10
Transporte intra-hospitalar	1	5,26	0	0
Outros relacionados a problemas externos ao hospital	1	5,26	1	10
Total	19	100	10	100

Na figura 2 são demonstrados os dados quanto à avaliação e à conduta durante o processo do morrer dos 326 enfermos que foram a óbito no HU/UFSC.

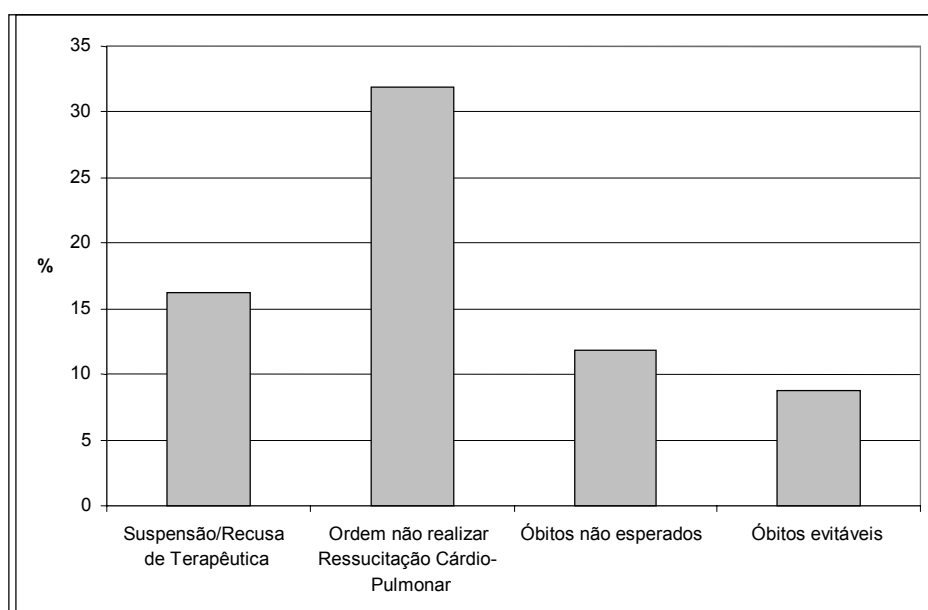


Figura 2 - Dados quanto à avaliação e à conduta no processo do morrer dos 326 pacientes que foram a óbito no HU/UFSC

5 DISCUSSÃO

No HU/UFSC, no ano de 2005, os dados apontados pela COH mostram uma taxa de mortalidade hospitalar, definida pela morte do paciente que internou no hospital com vida, de 3,4%; e uma taxa de mortalidade institucional, caracterizada pelo óbito de pacientes com pelo menos 24 horas de internação, de 2,3%.¹² Neste estudo, que avaliou os óbitos ocorridos no HU/UFSC no período de julho de 2004 a dezembro de 2006, constatou-se que as características clínicas e terapêuticas dos pacientes que morreram nas enfermarias são diferentes das características dos pacientes que morreram na UTI.

Goodlin *et al.*⁶ descreveram que pacientes que estavam apenas recebendo medidas de conforto tendiam a estar internados nas enfermarias, sem que lhes fosse indicada internação na UTI. Esses pacientes apresentavam uma média de idade de 68,9 anos. Neste estudo, os pacientes que morreram na UTI (média de idade de 57 anos) eram, em média, 13 anos mais jovens do que aqueles internados nas enfermarias (média de idade de 70,4 anos). Esta diferença pode ser atribuída ao fato de que os pacientes mais velhos são acometidos mais freqüentemente de doenças terminais, inerentes a finitude do ser humano.

Neste trabalho foi observado que, em 48% dos prontuários dos pacientes internados nas enfermarias, havia por escrito a ordem de não reanimar. Esse fato indica que muitos pacientes sofriam de doenças terminais. Apesar de esses números parecerem altos para a realidade brasileira, estudos norte-americanos apontam índices mais elevados de ordem de não-reanimação. Goodlin *et al.*² (1998) relataram que 89% dos pacientes que faleceram no *Veterans Affairs Hospital* possuíam no seu prontuário a ordem de não ressuscitar. Fins *et al.*⁶ (1999) relatam que esse índice chegou a 70% no *The New York Hospital*. Deve ser lembrado que a clientela dos hospitais é diferente em decorrência de fatores sócio-econômico-sociais.

Trabalhos realizados no HU/UFSC, demonstram que o sexo prevalente das internações na UTI é o masculino.^{13,14} Adiciona-se que as pacientes do sexo feminino geralmente internam nessa unidade por motivo da necessidade do controle pós-operatório de cirurgias de grande porte, patologias com conseqüente melhor prognóstico do que a causa mais comum de internação masculina, devida principalmente a quadros sépticos associados à insuficiência respiratória.¹⁴ Esse fato justifica a maior porcentagem de morte do sexo masculino na UTI. Resultados diferentes são apontados por Hall & Rocker¹⁵ que encontraram 53% de pacientes do sexo masculino entre 174 óbitos ocorridos em uma UTI Canadense. Ressalta-se que nas

enfermarias a distribuição quanto ao sexo dos pacientes que morreram foi equitativa. Toscani *et al.*⁴ analisaram os óbitos ocorridos em enfermarias de hospitais italianos e chegaram a resultados semelhantes apontando um discreto predomínio do sexo feminino (53%).

É importante salientar que os pacientes que morreram nas enfermarias e que haviam recebido alta da UTI eram pacientes vítimas de patologias consideradas irreversíveis. Pode-se inferir que esses pacientes tenham sido encaminhados à enfermaria para que pudessem estar junto de seus familiares, dessa maneira tendo mais conforto emocional durante o morrer.

Quando foi avaliado o tratamento instituído aos pacientes que morreram, pode ser constatado que os pacientes internados na UTI receberam mais administração de drogas vasoativas (DVA) e foram mais freqüentemente reanimados quando sofreram PCR. Diversos são os motivos que podem explicar esse fato. A UTI é uma unidade destinada a fornecer suporte hemodinâmico ao paciente com instabilidade cardiocirculatória. Portanto o uso de DVA é mais comum nessas unidades. Pode-se inferir que os pacientes internados nas enfermarias, que por ventura necessitem desse tipo de tratamento sejam encaminhados à UTI. Como um corolário, a maioria daqueles que morrem naquelas unidades são vítimas de doenças terminais o que explica a constatação, neste estudo, de que somente 5% dos pacientes internados nas enfermarias foram reanimados ao sofreram PCR. Conclui-se, portanto, que os óbitos nas enfermarias eram esperados na grande maioria dos casos. Essa observação torna-se relevante pela hipótese de que os profissionais envolvidos com o tratamento desses pacientes tenham aceitado a sua morte, fato infreqüente na sociedade atual.¹⁶ Idealmente, a RCP deveria ser iniciada quando o paciente tivesse oportunidade de uma recuperação que lhe permitisse uma existência confortável. Estudos mostram que a realidade difere desse ideal. Somente 40% das RCR obtém sucesso imediato, em 25% dos casos a reanimação apenas prolonga o processo do morrer e somente em 6% dos casos existe sobrevida sem seqüela.^{16,17}

As opções terapêuticas disponíveis nas UTIs permitem que os pacientes, sem esperança de recuperação, sejam mantidos vivos por tempo indeterminado. É imprescindível a lembrança de que prolongar o processo do morrer acarreta um maior sofrimento a todos aqueles envolvidos com esse processo e, conseqüentemente, fere os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência.¹⁸ Esse fato tem levado a necessidade de os médicos intensivistas restringirem a terapêutica dos seus enfermos vítimas de doença terminal. Atualmente, a maioria dos óbitos ocorridos em UTIs é precedida pela RST.^{15,18-23} Inúmeros trabalhos^{15,19-23} que revisaram os óbitos de pacientes internados em UTIs da América do Norte e da Europa, concluíram que houve RST precedendo a morte entre 50% e 77% dos óbitos. Moritz & Pamplona¹³ realizaram em 2001 um estudo na UTI do HU/UFSC e

constatarem que 32% dos óbitos foram precedidos de RST. Neste estudo houve aumento de sete pontos percentuais nos óbitos precedidos de RST em relação ao estudo de 2001. A maior conscientização por parte dos médicos e o melhor reconhecimento de que uma terapêutica possa ser fútil são os principais fatores envolvidos nessa diferença. Esse fato mostra a importância da discussão ampla sobre o tema morte e morrer. Embora, no Brasil, discussões sobre a RST considerado fútil ou inútil tenham sido pouco estabelecidas do ponto de vista ético e legal, em países norte-americanos esse tema tem sido amplamente debatido, já estando estabelecidas normas quanto ao direito legal da recusa de um tratamento por parte do paciente ou de seus familiares. Nesses países é definido que a meta das UTIs é prevenir o sofrimento desnecessário e a morte prematura, tratando de doenças reversíveis, durante um tempo apropriado. Sugere-se que exista um maior debate sobre o tema em questão, não apenas na área da saúde, mas em toda a sociedade.²⁴

No trabalho de Moritz e Pamplona¹³, realizado em 2001, neste hospital, foi demonstrado que os vasopressores e os antibióticos foram as principais terapias recusadas. No atual estudo as drogas vaso-ativas e os antimicrobianos também foram as principais terapias recusadas ou suspensas, que precederam os óbitos na UTI. Decisões semelhantes foram tomadas tanto por médicos europeus quanto norte-americanos.²⁵ Outros estudos mostraram resultados diferentes no que concerne a qual terapia é mais frequentemente recusada ou suspensa. O estudo de McLean et al.²⁶ constatou que a terapêutica mais frequentemente retirada foi o suporte ventilatório sendo mantidas a sedação e a analgesia. Na Finlândia, Hinkla *et al.*²⁷ observaram os fatores que afetam os médicos quanto às decisões de recusa ou suspensão de tratamentos em vítimas de doença cancerosa em fase final, e constataram que os tratamentos mais recusados foram a transfusão sanguínea e a profilaxia da trombose. Moritz *et al.*²⁸, em um estudo que avaliou a atitude dos médicos intensivistas brasileiros diante da RST, mostraram que a sedação e a analgesia foram as intervenções menos recusadas ou suspensas e que os métodos dialíticos constituíram a terapêutica mais comumente recusada ou suspensa. No mesmo trabalho, o suporte ventilatório foi recusado em quase 25% das vezes e, se já instituído, foi retirado por 4% dos participantes, tendo sido a intervenção menos suspensa.

Neste trabalho, a média da idade dos pacientes cuja terapia foi suspensa ou recusada foi de 58 anos enquanto um estudo canadense apontou uma média de 65 anos.¹⁶ Quando foram comparadas as médias de idade entre os pacientes que faleceram sendo mantida terapia plena, não há diferença entre os deste trabalho e do estudos canadense.¹⁶ Segundo o estudo canadense, a RST foi mais incidente nos pacientes mais velhos. Na UTI do HU/UFSC a idade

dos pacientes para os quais foi mantida a medicação plena foi semelhante à daqueles cuja terapia foi recusada ou suspensa.

É inquestionável o problema de falta de leitos nas UTIs brasileiras. Corrobora com essa afirmação a constatação da alta taxa de ocupação desses leitos. Cita-se como exemplo a taxa de ocupação no ano de 2005 na UTI do HU/UFSC que foi de 89%.¹² Diante desse fato torna-se importante que seja rigorosa a avaliação dos critérios de internação nesses setores.²⁹

Outro fato avaliado neste estudo foi o período do dia em que os óbitos ocorreram, já que esse fato pode estar indiretamente relacionado com a qualidade do atendimento prestado. Toscani *et al.*⁴ relataram que há maior número de óbitos durante período diurno nos hospitais italianos. Neste trabalho não foi encontrada diferença quanto ao período de ocorrência das mortes no HU/UFSC.

Foi observado neste trabalho que, nas enfermarias, houve predominância da ocorrência de óbitos esperados e não-evitáveis. Na UTI os óbitos considerados evitáveis e não esperados foram mais freqüentes, fato esperado, pois nesse setor são internados os pacientes mais agudamente enfermos e com quadro potencialmente reversível, e por esse motivo há uma maior expectativa quanto à melhora do seu quadro clínico. Resultados semelhantes foram apontados por Hayward & Hofer³⁰ que avaliaram óbitos em Hospitais norte-americanos e concluíram que 6% desses óbitos eram provavelmente evitáveis.

Descreve-se a seguir os motivos que levaram os membros da COH a classificarem os óbitos como evitáveis. As principais causas consideradas evitáveis foram as mortes que ocorreram no pós-operatório. Deve-se lembrar que complicações, inclusive a morte, são inerentes a qualquer ato cirúrgico. Essas complicações, embora possam ser consideradas evitáveis, são aceitáveis quando dentro das taxas bem estabelecidas na literatura médica. As mortes decorrentes de doença infecciosa fulminante foram também enquadradas neste trabalho como evitáveis, sendo esse fato devido a diversos fatores. Foi considerado que, em alguns casos, se a procura do paciente à assistência médica fosse mais precoce poderia ter havido outro desfecho. Em outros casos a própria evolução da doença foi fulminante e, embora o óbito não tenha sido esperado, seguiu o ciclo natural das doenças extremamente graves, onde existe pouca influência do tratamento médico. Outro fato anotado pelos membros da COH foi o de que, em dois enfermos, o diagnóstico possa ter sido retardado por problemas inerentes do quadro clínico dos mesmos. Sobre o óbito ocorrido após o transporte intra-hospitalar, também são descritas na literatura as complicações relacionadas ao transporte, tanto intra quanto inter-hospitalar. No caso em questão houve uma complicação, relatada na literatura, em paciente com quadro extremamente grave e com prognóstico

reservado. Todos os casos ora relatados foram considerados pelos membros da COH como evitáveis. Entretanto, não foram encontrados indícios de erro institucional ou médico influenciando diretamente no evento fatal. Hayward & Hofer²⁵ (2001) sugerem que devem ser sempre avaliados com atenção os dados referentes aos óbitos considerados como evitáveis. Após o lançamento de um relatório do Instituto Americano de Medicina, que estimou os erros médicos como a 5ª causa de morte nos EUA, correspondendo a cerca de 90.000 mortes/anos, esses autores realizaram um estudo que avaliou os métodos utilizados para a classificação dos óbitos em evitáveis e apontaram que, apesar de diversas classificações quanto o grau de evitabilidade, os resultados sempre eram semelhantes entre os vários estudos realizados. Os autores concluíram que havia uma baixa probabilidade de o fato classificado pelo revisor como erro médico ser a real causa da morte dos pacientes cujo óbito foi classificado como evitável; que as avaliações feitas pelos revisores eram pouco confiáveis e geralmente possuíam vieses; e que apesar de a morte desses pacientes poderem ser evitáveis, freqüentemente o prognóstico a curto prazo da pessoa que morreu foi julgado como muito limitado. Neste trabalho, o fato da análise dos membros da COH ter sido realizado de forma subjetiva e retrospectiva pode ter levado a um viés de interpretação. Entretanto, essa comissão apresentou conclusões semelhantes no que concerne ao prognóstico dos pacientes cujo óbito foi considerado como evitável.

6 CONCLUSÕES

1. As características clínicas e terapêuticas dos pacientes que morreram nas enfermarias do HU/UFSC foram diferentes das características daqueles que morreram na UTI.

2. Os pacientes que morreram na UTI eram mais jovens e receberam mais DVA. Nessa unidade os óbitos foram mais frequentemente precedidos da RST.

3. Os pacientes que morreram nas enfermarias apresentavam menor perspectiva de vida. A RCR foi realizada em somente 5% das PCR nesses setores onde foi constatada a ordem para que não fosse realizada RCR em 48% dos prontuários.

4. Dez por cento dos óbitos foi considerado como não esperado e 8% como evitável. Não foi constatado indícios de erro profissional ou institucional nos óbitos avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.org [homepage na Internet]. New York: World Health Organization, [atualizada em 2006 Abril 25; acesso em 2006 Abril 25]. Disponível em: <http://www.who.org/>.
2. Goodlin SJ, Winzelberg GS, Teno JM, Whedon M, Lynn J. Death in the Hospital. Arch Intern Med. 1998 July 27; 158(14):1570-1572.
3. Rosen G. A history of public health. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
4. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D. How people die in hospital general wards: a descriptive study. J Pain Symptom Manage. 2005 Jul;30(1):33-40.
5. Jacobs LG, Bonuck K, Burton W, Mulvihill M. Hospital Care at the End of Life: An Institutional Assessment. J Pain Symptom Manage. 2002 September; 24(3):291-298.
6. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, Bacchetta MB, Huzzard LL, Rapkin BD. End of Life Decision Making in the Hospital: Current Practice and Future Prospects. J Pain Symptom Manage. 1999 January; 17(1):6-10.
7. Heide Av, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet. 2003 August 2; 361: 345-50.
8. Seymour JE. Negotiating natural death in intensive care. Soc Sci Med. 2000; 51:1241-1252.
9. Datasus.gov [homepage na Internet]. Brasil: Departamento de Informação e Informática do SUS, site oficial do Ministério da Saúde. [atualizada em 2006 abril 25, acessado em 2006 abril 25]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/>.

10. Sistema informática HU. Dados obtidos em 20/05/2006.
11. Moritz, RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [Tese doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
12. Comissão de Óbito Hospitalar. Relatório dos óbitos ocorridos no HU/UFSC. 2005
13. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão do tratamento considerados fúteis ou inúteis. *Rev Bras Ter Intens.* 2003; 15 (1): 40-5.
14. Cardoso HAKV. Comparação do perfil dos pacientes que internaram na UTI do HU/UFSC e formam à óbito com aqueles que receberam alta hospitalar. [Trabalho de conclusão do curso de graduação de Medicina]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
15. Hall RI, Rocker GM. End-of-Life Care in the ICU: Treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest.* 2000 November;118(5)1424-1430.
16. Moritz RD. A morte e o morrer nas Unidades de Terapia Intensiva. In: Cid Marcos David. (Org.). *Medicina Intensiva.* 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003; v. , p. 68-78.
17. 2005 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: Part 7.2: Management of Cardiac Arrest Circulation. *Circulation.* 2005 December; 112: IV-58 - IV-66.
18. Winter B, Cohen S. ABC of intensive care: with-drawal of treatment. *Br Med J.* 1999; 319, 306± 308.
19. Sprung CL, Eidelman LA, Reuven R, Geber D, Jakobson DJ. Communication of end of life decisions in the ICU. *Crit Care Med.* 2000; 8. (12): A35 suppl.

20. Smedira NG, Evans BH, Grais LE, Cohen NH, Cooke M, Schechter WP, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med.* 1990; 322 (5): 309-15.
21. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet.* 2001; 357(9249):9-14.
22. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J *et al.* Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med.* 2001; 27(11): 1744-9.
23. Keenan SP, Bushe KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med.* 1997; 25(8): 1324-31.
24. Singer PA, Barker G, Bowman KW *et al.* Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. *Crit Care Med.* 2001; 29(1):187-191.
25. Vincent JL. 1996. Ethical issues in critical care medicine: United States and European views and differences. *Intensive Care World.* 1996; 13(4):142-4.
26. McLean RF, Tarshis J, Mazer CD, Szalai JP. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. *Crit Care Med.* 2000; 28 (1):100-3.
27. Hinkla H, Kosunen E, Metsanoja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *J Med Ethics.* 2002; 28(2): 109-14.
28. Moritz RD, Costa AD, Mattos JD, Machado FO. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. *Rev Bras Terap Intens.* 2001; 13(13):21-8.

29. COLLUCCI C. Governo federal quer restringir UTI a doentes com chances de recuperação. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 11 de abril de 2005.

30. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability Is in the eye of the reviewer. JAMA. 2001 july 25; 286(4):415-420.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS

Anexo I

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS HOSPITALARES

Nº Prontuário: _____ Data da Investigação: ___/___/___
 Data Internação HU: ___/___/___ Data Internação UTI: ___/___/___
 Data do óbito: ___/___/___ Hora Óbito _____
 Local do Óbito: Enf Cir () Enf Cl () Emerg () UTI ()

1. IDENTIFICAÇÃO

1.01 Nome completo: _____

1.02 Idade

1.03 Endereço

1.04 Telefone

1.07 Causa da Morte (Atestado): _____

Outros diagnósticos:

2 - INFORMAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO

2.01. Motivo da internação no hospital _____

2.02. Motivo da internação na UTI _____

2.02. Comorbidades:

2.03. N° Internações anteriores:

N° Cirurgias

2.04. Tratamento

• Enf: NPT () NE () At () Ordem não ressuscitar () _____

• UTI :NPT () NE () At () Quais

Droga vaso ativa () Quais:

Terapia RR () Quais:

APACHE:

Outros:

3 - INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO

3.01. Necropsia S () N () Achado _____

3.02. Óbito esperado? S () N ()

3.03. Foram tentadas manobras de RCR S () N ()

3.04. Óbito era evitável?