

**MAIKE HEERDT**

**CONDUTAS E CUIDADOS NO FIM DA VIDA: AVALIAÇÃO  
DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO/UFSC**

**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  
2008**

**MAIKE HEERDT**

**CONDUTAS E CUIDADOS NO FIM DA VIDA: AVALIAÇÃO  
DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO/UFSC**

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

**Coordenador do Curso: 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  
2008**

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais Márcia Aparecida de Sousa Heerd e Roque Heerd, por serem o verdadeiro significado do verbo amar.*

*Aos meus irmãos, Heintje Heerd e Kurt Heerd, com os quais aprendi a “voar”.*

*A toda minha família, pelo orgulho desmedido e pelo apoio incondicional.*

*À Diala Jaeger, minha amiga-irmã, por ser quem ela é.*

*Aos mestres que me ensinaram a fazer perguntas cada vez maiores. Como diria Henry Brooks Adams “Um professor sempre afeta a eternidade. Ele nunca saberá onde sua influência termina.”*

*À minha orientadora, Rachel Duarte Moritz, por sua espontaneidade e alegria contagiante. Ao meu orientador, Fernando Osni Machado, pela sua tranquilidade. Pessoas incomparáveis.*

*Aos poucos e verdadeiros amigos, “basta-me saber que eles existem”*

*Aos pacientes que de algum modo contribuíram com minha formação, sem os quais a minha futura profissão não teria sentido.*

*Aquele que me faz ser uma pessoa melhor.*

*Agradeço ainda às coisas imensas do mundo, aos detalhes inevitáveis e aos mistérios que não compreendo.*

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar os óbitos ocorridos no HU/UFSC. Verificar os cuidados prestados no fim da vida. Comparar o perfil dos pacientes que morreram na UTI com o daqueles que morreram nas enfermarias clínicas (UCM) e cirúrgicas (UCC).

**Método:** Consultaram-se as fichas preenchidas pelo Comitê de Óbito/HU, de julho/2004 a junho/2007. Anotaram-se os dados demográficos, clínicos, terapêuticos e os cuidados no fim da vida dos pacientes que morreram. Para análise estatística utilizaram-se os testes : *t Student*,  $\chi^2$  (significante  $p < 0.05$ ).

**Resultados:** A taxa de mortalidade hospitalar foi 4.95%: 23.77% (UTI), 3.39 (enfermarias). Morreram 710 pacientes: 261 (UTI), 376 (UCM), 73(UCC). Dos pacientes que morreram houve predomínio do sexo masculino, a idade média (anos): 57,4±18,1 (UTI), 69±16 (UCM) e 72±13 (UCC) ( $p < 0.001$ ). Recusa/suspensão de terapêutica (RST) precedeu 37,5% dos óbitos (UTI) e 9,6% (UCM/UCC) ( $p < 0,001$ ). Na UTI a RST mais freqüente: drogas vasoativas. Nas enfermarias, a internação na UTI foi a conduta mais freqüentemente recusada/suspensa. Ordem de não ressuscitar foi documentada em 0.76% das fichas (UTI) e 2.44% (UCM). Planos de conforto foram identificados em 0.38% (UTI), 11.13% (UCM) e 8.21% (UCC). Terminalidade foi reconhecida em 40.22% dos óbitos (UTI), 32.44% (UCM) e 16.43% (UCC). Reanimação cardiopulmonar (RCP) precedeu o óbito em 27.20 % (UTI), 17.28% (UCM) e 35.61% (UCC).

**Conclusões:** Na UTI os doentes que morreram eram mais jovens e o óbito foi mais freqüentemente precedido de RST. A terminalidade das doenças foi mais reconhecida na UTI e UCM. RCP foi mais comum na UTI e UCC. Planos de conforto e ordem de não reanimar foram pouco identificados.

**Palavras-chave** – Cuidados no fim da vida/ Morte/ Futilidade Terapêutica/ Recusa e Suspensão de terapêutica/ Ética

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the deaths occurred at HU/UFSC. To identify end-of-life decisions. To compare the profile of the patients who died in the ICU to the patients who had died at Medical Wards (MW) and Surgical Wards (SW).

**Methods:** The files of the Hospital Death Commission (HDC) had been analyzed from July/2004 to June/2007. Demographic characteristics, clinical features, the treatment and the end-of-life care decisions were evaluated. Data were analyzed: *t* Student and  $\chi^2$  tests (p-value<0, 05).

**Results:** Hospital mortality rate was 4.95%: 23.77% (ICU) and 3.39% (Wards). 710 patients died: 261 (ICU), 376 (MW) 73 (SW). The majority of patients were men. Mean age (years): 57,4±18,1 (ICU) 69±16 (MW) and 72±13 (SW). (ICU vs Wards,p<0.001). Withholding/withdrawing support (WWS) preceded 37.5% of the deaths (ICU) versus 9.6% (MW/SW) (p<0,001). In ICU, WWS more frequently observed were vasopressors. In Wards, intensive care was the most frequently WWS. In ICU, WWS was more commonly than in Wards. Do not resuscitate orders (DNR) were recorded in 0,76% of files (ICU), 2,44% (MW). Comfort care plans: 0,38% (ICU), 11,13% (MW) and 8,21% (SW). Patients were identified as dying: 40,22% (ICU), 32,44% (MW) and 16,43% (SW) Cardiopulmonary resuscitation (CPR) prior to death: 27,20% (ICU), 17,28% (MW) and 35,61% (SW).

**Conclusions:** In ICU, the patients were younger and the death was more frequently preceded by WWS. The patients were more commonly considered “dying” in ICU and in MW. CPR was more common in ICU and SW. There was no evidence of a comfort plan and DNR orders in the majority of the cases.

**Key Words** – End of life care/ Dead / Futility / Withdrawal treatment /Ethics

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COH	Comissão de óbito hospitalar
DP	Desvio padrão
DVA	Drogas vaso-ativas
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
MAX	Valor máximo encontrado
MIN	Valor mínimo encontrado
NS	Não significativa estatisticamente
NR	Não reanimar
PCR	Parada cardíaco-respiratória
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
OMS	Organização mundial de saúde
RST	Recusa ou suspensão de terapêutica
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UCC	Unidades de internação da clínica cirúrgica
UCM	Unidades de internação da clínica médica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO .....	iii
FOLHA DE ROSTO .....	iv
AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
<i>ABSTRACT</i> .....	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	vi
SUMÁRIO .....	vii
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	4
3 MÉTODO .....	5
4 RESULTADOS .....	8
5 DISCUSSÃO .....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
NORMAS ADOTADAS .....	27
ANEXOS .....	28
Anexo I .....	29

# 1 INTRODUÇÃO

Em 1867, definia-se que, para ser ministro de esperança e conforto para seus doentes, é preciso que o médico suavize o leito da morte alentando o espírito que desfalece, reanime a vida que expira e reaja contra a influência deprimente destas moléstias que perturbam a tranqüilidade dos mais resignados em seus últimos momentos. O médico não deve abandonar o doente por julgar o caso incurável; sua assistência pode continuar a ser muito útil ao enfermo, consolando os parentes até o último momento de uma moléstia infausta. Acalmando a aflição do espírito, aliviando o paciente da dor e de outros sintomas.<sup>1</sup>

Na atual prática médica, perceberam-se marcantes modificações relacionadas aos avanços tecnológicos e aos padrões culturais e comportamentais. Essa realidade pôde ser observada na atual organização das instituições hospitalares, na sistematização de condutas terapêuticas e no desenvolvimento de tecnologias de suporte e manejo das mais diferentes condições clínicas dos pacientes. Como corolário, tem havido um aumento exponencial na pesquisa de aparatos médicos que permitam o prolongamento da vida. Entretanto, em muitas ocasiões, conseguiu-se somente o prolongamento do morrer.<sup>2-4</sup>

Devido às instituições hospitalares tornaram-se referência no cuidado de doentes graves e ao fácil acesso através das emergências, conseqüentemente houve aumento do número das internações e dos óbitos intra-hospitalares. Dessa forma, o processo de morrer passou de fenômeno doméstico a público. Nos Estados Unidos, aproximadamente 80% da população morre nos hospitais.<sup>5,6</sup> No entanto, aproximadamente 70% das pessoas preferem morrer no conforto do lar.<sup>7</sup> Esse contexto pode ser explicado pela facilidade quanto ao fornecimento de atestado de óbito em ambiente hospitalar<sup>8</sup> e pela precariedade do atendimento domiciliar àqueles que estão morrendo.<sup>6,9</sup>

Na sociedade contemporânea, mais especificamente na área médica, a morte tem sido considerada como um fracasso, gerando questionamentos e reflexões sobre a onisciência da ciência médica moderna. O completo tratamento durante o processo de morrer é difícil para o médico, por questões culturais, éticas e legais.<sup>10</sup> Sendo assim, esses profissionais fornecem aos seus pacientes um tratamento mais agressivo e obstinado do que gostariam que fosse prescrito a eles mesmos.<sup>4</sup> Essa conduta caracteriza a obstinação terapêutica, definida como uma prática médica excessiva e abusiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e da obstinação em prolongar a vida a qualquer custo, desconsiderando a condição da pessoa doente.<sup>11,12</sup>



Esta realidade é ainda mais marcante nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde o progressivo aperfeiçoamento tecnológico permite o prolongamento do processo de morrer no paciente gravemente enfermo. Como implicação para o médico intensivista tem sido difícil estabelecer qual o grupo de pacientes irá ou não se beneficiar de cuidados intensivos, pois diretrizes que predizem a mortalidade e a morbidade são insuficientes para orientar decisões tão complexas sobre a vida e a morte.<sup>13, 14</sup>

Na tentativa de evitar a obstinação terapêutica, os médicos que trabalham em UTI são deparados com o dilema da manutenção ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis. Entretanto, os profissionais da área da saúde que trabalham em outras unidades hospitalares desconhecem essa realidade e muitas vezes têm dificuldade em aceitar a terminalidade de seus pacientes. Logo, nota-se a necessidade crescente do amplo debate sobre as decisões a serem tomadas no final da vida.<sup>15</sup>

Nos distintos setores hospitalares, foram constatadas particularidades em relação às atitudes diante da morte e às variadas condutas durante o processo de morrer. Surgiram então discussões sobre a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo vítima de doença terminal. Considera-se emergente o debate sobre a humanização do processo de morrer, atitude que poderá diminuir o desgaste emocional e o custo financeiro gerados pela manutenção de um tratamento fútil.<sup>16-19</sup>

As práticas médicas relacionadas aos cuidados e decisões no fim da vida já foram estudadas em pacientes internados em UTI, principalmente naquelas de países desenvolvidos. Contudo, poucos dados existem sobre a forma como essa prática ocorre nos países em desenvolvimento e nos demais setores de uma instituição hospitalar.<sup>18,20</sup>

A mortalidade hospitalar constitui-se um indicador de desempenho clínico, o qual é afetado em função das características do perfil dos pacientes atendidos, da efetividade do tratamento e de eventos randômicos. É essencial a avaliação dos óbitos hospitalares como ferramenta no desafio da melhoria da qualidade da assistência hospitalar.<sup>21</sup>

Diante do postulado, foi criada através da Portaria N<sup>o</sup>031/DG-HU/2004<sup>22</sup>, em julho de 2004, a Comissão de Óbito Hospitalar (COH) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Essa comissão possui caráter técnico, consultivo e normativo. O objetivo principal é obter informações sobre as mortes dos pacientes internados no HU/UFSC e avaliar a correta assistência no processo de morrer. Esse correto atendimento deve abranger tanto a prevenção da morte evitável quanto o conforto durante o processo de morrer.

Tendo em vista o explanado, propôs-se este trabalho que tem como finalidade descrever e avaliar os aspectos pertinentes aos cuidados e decisões no fim da vida dos pacientes internados no HU/UFSC.

## **2 OBJETIVOS**

- Avaliar os óbitos ocorridos no HU/UFSC no período de Julho/2004 a Junho/2007.
- Comparar o perfil dos pacientes adultos que morreram nos diferentes setores de internação do hospital.
- Constatar as decisões tomadas nas diferentes unidades de internação do hospital, no que concernem os cuidados no fim da vida.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Delineamento da Pesquisa**

Estudo retrospectivo, observacional, descritivo e analítico.

### **3.2 Local**

Realizou-se no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

### **3.3 Amostra**

Incluíram-se no estudo todos os pacientes com idade superior a 14 anos internados no HU/UFSC que morreram nesta instituição durante a internação no período de Julho de 2004 a Junho de 2007. Foram excluídos os pacientes em que o local de óbito foi o setor da Emergência.

### **3.4 Considerações Éticas**

O estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC nº 375/05.

### **3.5 Procedimentos**

#### **3.5.1 Coleta de Dados**

Utilizaram-se os dados que constam na ficha de investigação de óbitos hospitalares (ANEXO I), elaborada pelos membros da COH. Esses permitiram a utilização destas fichas para o presente estudo.

Os membros da COH consultam mensalmente as estatísticas do sistema de informática do HU/UFSC e solicitam os prontuários dos pacientes que foram a óbito na instituição, registrando as informações em uma ficha de investigação. Todos os óbitos são discutidos entre os membros dessa comissão.

Este estudo consultou apenas os dados obtidos pelos membros da COH: não houve acesso direto às informações que constam no prontuário do paciente, preservando a privacidade e identidade dos mesmos.

Inicialmente foi calculada a taxa de mortalidade hospitalar e institucional. Considerou-se como taxa de mortalidade hospitalar a relação percentual entre o número de óbitos

ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, num determinado período. A taxa de mortalidade institucional foi definida pela relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem depois de decorridas 24 horas da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período.<sup>23</sup>

Foram então computados os dados referentes às características clínicas e demográficas dos pacientes, como: idade, sexo, tempo de internação no hospital, admissão e tempo de internação na UTI, diagnóstico primário e co-morbidades, mês, hora e local do óbito.

Os diagnósticos primários considerados foram aqueles mais comumente responsáveis pela internação dos pacientes no HU, tais como: doença crônica degenerativa não maligna (diabetes mellitus, doenças isquêmicas do coração, doenças cérebro vasculares, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença hepática crônica, doença renal crônica), neoplasias malignas, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), complicações pós operatório e sepse / choque séptico. Na categoria outros foram incluídos os grandes queimados, intoxicações e outras causas não definidas.

As informações pertinentes à tomada de decisões e ao cuidado no fim da vida também foram colhidas, determinadas pela interpretação dos médicos integrantes da COH. Durante a internação, o paciente foi identificado em processo de morrer quando havia anotações como: “prognóstico reservado/ruim”, “mau prognóstico” “doente/estágio terminal”, “quadro grave refratário à terapêutica”.<sup>24,25</sup> Consideraram-se também como reconhecimento da terminalidade do paciente quando havia evidências de recusa e/ou suspensão terapêutica (RST), pois essa conduta advém do reconhecimento da refratariedade do quadro.<sup>26</sup> Observou-se também em quais situações as famílias estavam cientes do quadro do paciente e a presença ou não de um plano de conforto, determinado por registros como: “tratamento paliativo”, “cuidados de suporte e de conforto”, etc.<sup>24,25</sup>

No que concerne ao tratamento durante o processo do morrer foi avaliado se a morte foi precedida de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) e se existia a ordem formal de não reanimar (NR). Anotou-se se houve ou não a RST, tais como: drogas vasoativas (DVA), ventilação mecânica, métodos dialíticos, antibioticoterapia, transfusão de sangue ou hemoderivados, nutrição, sedação, analgesia e internação na UTI.

As informações obtidas foram digitalizadas em um banco de dados do programa Excel®, para que pudessem ser confeccionados os gráficos, as tabelas e os cálculos de desvio padrão e média aritmética.

### **3.6 Análise Estatística**

O teste *t de student* foi utilizado para a análise quantitativa dos dados e como método qualitativo de análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Utilizou-se o programa Epidata® para o cálculo do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o programa Excel® para calcular o teste *t de student*. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados acima desse número foram considerados não significantes (NS).

## 4 RESULTADOS

O HU/UFSC possui 268 leitos nas enfermarias clínicas e cirúrgicas e 7 leitos na UTI. No período de julho de 2004 a junho de 2007 internaram 14.330 pacientes neste hospital. Desses 6.433 foram admitidos nas unidades de internação clínicas, 6.799 nas unidades cirúrgicas e 1.098 na UTI. Nesse período foram a óbito 710 doentes.

Em números absolutos, duzentos e sessenta e um enfermos (36,74%) faleceram na UTI, 73 (10,37%) nas unidades de internação da clínica cirúrgica (UCC) e 376 (52,87%) nas unidades de internação da clínica médica (UCM). Na tabela 1 é destacada a taxa de mortalidade hospitalar e institucional nos diferentes setores estudados.

Tabela 1- Taxa de mortalidade hospitalar e institucional nos diferentes setores estudados.

	<b>Taxa mortalidade Hospitalar (%)</b>	<b>Taxa mortalidade Institucional (%)</b>
<b>Unidade Clínica Cirúrgica</b>	1,07	0,09
<b>Unidade Clínica Médica</b>	5,84	5,39
<b>Unidade Terapia Intensiva</b>	23,77	18,21
<b>TOTAL</b>	<b>4,95</b>	<b>4,34</b>

As características demográficas dos pacientes incluídos no estudo estão descritos na tabela 2. Destaca-se que a população idosa (com idade superior a 60 anos) representou 47,50% dos pacientes que foram a óbito na UTI. Nas enfermarias, os idosos constituíram 78,08% (UCC) e 68,88% (UCM) dos pacientes estudados nesses setores.

Tabela 2. Características demográficas dos pacientes que morreram nas diferentes unidades hospitalares.

Variáveis Demográficas	Unidade Terapia Intensiva		Unidades Clínica Cirúrgica		Unidades Clínica Médica		P <sup>‡</sup>
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
<b>Masculino</b>	166	63,60	39	53,42	199	52,92	< 0,01
<b>Feminino</b>	95	36,39	34	46,57	176	46,80	< 0,01
<b>Ignorado</b>	0		0		1	0,20	
<b>Idade (anos)</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	< 0,001
	57,41	±18,09	72	±13	69	± 16	
	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	
	15 /96	39/95	15/96				
<b>Tempo de internação que precedeu o óbito (dias)</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP*</b>	NS <sup>§</sup>
	12,39	±19,02	12,51	±10,56	11,97	±12,24	
	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	<b>MIN/MAX<sup>†</sup></b>	
	1/ 179	1/ 44	1/ 102				

\*DP: Desvio padrão.

<sup>†</sup>MIN/MAX: valor mínimo e máximo.

<sup>‡</sup>P: As análises realizadas foram o Teste *Qui-quadrado*, teste *t de student*, conforme apropriado.

<sup>§</sup>NS: Não significante estatisticamente.

A comparação da faixa etária dos pacientes com o local do óbito é demonstrada na Figura 1.

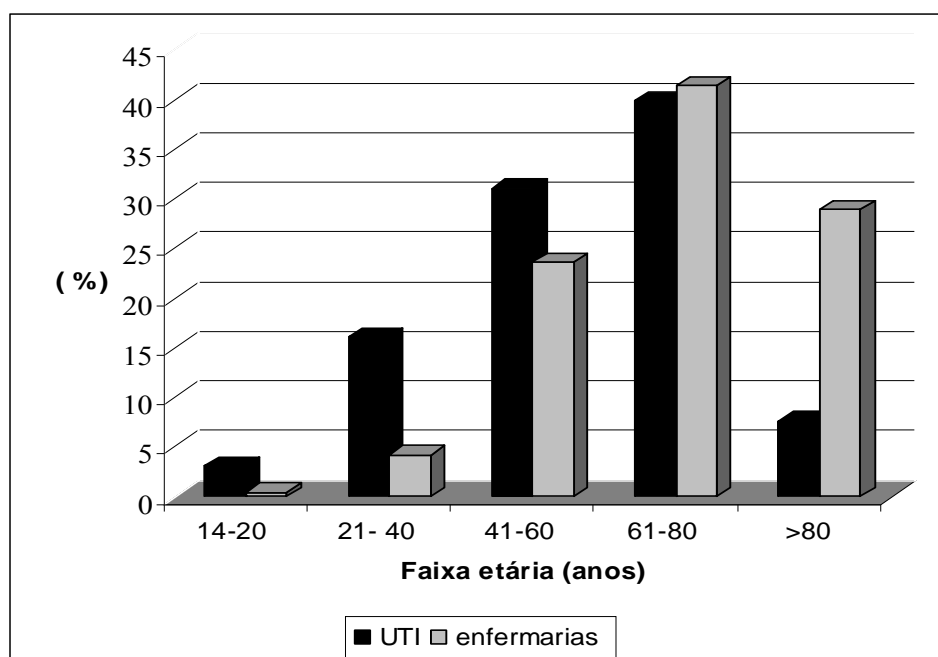


Figura 1 – Distribuição da faixa etária dos pacientes que morreram na UTI e nas Enfermarias.



Na tabela 3 destaca-se o tempo de internação que precedeu o óbito dos pacientes nos distintos setores estudados. Quanto ao período da ocorrência das mortes constatou-se que houve distribuição igualitária entre o período diurno e noturno (50%).

Tabela 3 - Tempo de internação que precedeu o óbito dos pacientes nos diferentes setores estudados.

<b>Tempo de Internação que precedeu o óbito</b>	<b>Óbitos na UTI (%)</b> n= 261	<b>Óbitos nas Enfermarias (%)</b> n=449
<b>até 24 horas</b>	23,37	8,01
<b>1 a 4 dias</b>	21,83	19,59
<b>5 a 9 dias</b>	14,17	25,38
<b>10 a 21 dias</b>	19,54	26,05
<b>&gt; de 21 dias</b>	18,39	17,37

São demonstrados na tabela 4, os diagnósticos de admissão dos pacientes que morreram nos diferentes setores da instituição.

Tabela 4 – Diagnósticos primários a admissão hospitalar dos pacientes que morreram no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<b>Diagnóstico primário</b>	<b>UTI (%)</b> n=261	<b>UCM<sup>‡</sup> (%)</b> n= 376	<b>UCC<sup>§</sup> (%)</b> n=73
<b>Neoplasia maligna</b>	13,4	23,93	47,94
<b>Doença crônica degenerativa não maligna</b>	43,29	63,56	36,98
<b>SIDA*</b>	6,51	3,19	0
<b>Complicações do pós-operatório</b>	14,55	0,53	5,47
<b>Sepse /Choque séptico</b>	32,18	19,14	21,91
<b>Outros<sup>†</sup></b>	17,24	9,30	13,69

\* SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

<sup>†</sup>Outros: na categoria outros foram incluídos os grandes queimados, intoxicações e outras causas não definidas.

<sup>‡</sup>UCM: Unidades de Internação da Clínica Médica.

<sup>§</sup>UCC: Unidades de Internação da Clínica Cirúrgica.

Na tabela 5, são destacados os dados quanto aos principais cuidados e às condutas no fim da vida realizadas nos pacientes estudados.

Tabela 5 – Cuidados e condutas no processo de morrer dados aos pacientes que foram a óbito nos diferentes setores do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

Cuidados no final da vida	Unidade Terapia Intensiva UTI n=261		Unidade Clínica Médica UCM n= 376		Unidade Clínica Cirúrgica UCC n=73	
	N	%	N	%	N	%
<b>Recusa ou Suspensão de Terapêutica*</b>	98	37,54	36	9,57	7	9,58
<b>Reconhecimento da terminalidade de vida<sup>†</sup></b>	105	40,22	122	32,44	12	16,43
<b>Ressuscitação Cardiopulmonar<sup>‡</sup></b>	71	27,2	61	17,28	26	35,61
<b>Ordem formal de não reanimars<sup>§</sup></b>	2	0,76	11	2,96	0	--
<b>Cuidados Paliativos<sup>  </sup></b>	1	0,38	44	11,7	6	8,21

\* UTI vs UCM P < 0, 001; UTI vs UCC P < 0, 001; UCC vs UCM P=NS (Teste  $\chi^2$ )

<sup>†</sup> UTI vs UCM P < 0, 001; UTI vs UCC P < 0, 001; UCC vs UCM P < 0,01 (Teste  $\chi^2$ )

<sup>‡</sup> UTI vs UCM P < 0,05; UTI vs UCC P =NS; UCC vs UCM P < 0,001 (Teste  $\chi^2$ )

<sup>§</sup> UTI vs UCM P = NS (Teste  $\chi^2$ )

<sup>||</sup> . UTI vs UCM P < 0, 001; UTI vs UCC P < 0, 001; UCC vs UCM P=NS (Teste  $\chi^2$ )

NS: não estatisticamente significante

Na UTI, a conduta no fim da vida mais observada (37,54%/ n= 98) foi a RST. Desses casos, a administração de DVA foi a terapêutica mais frequentemente recusada ou suspensa.

Dos pacientes que foram a óbito na UTI, 13,40% (n= 35) possuíam o diagnóstico primário de neoplasia maligna, nesse grupo 68,57 % tiveram a conduta de RST. Contudo, no grupo de pacientes com diagnóstico de doença não-maligna, apenas 31,85% (n=72) dos enfermos tiveram limitação de terapêutica (p <0, 0001). Nesse setor, apenas um doente foi internado com o objetivo de cuidados paliativos.

Destaca-se que 21 pacientes receberam alta da UTI antes do óbito. Esses pacientes foram considerados vítimas de doença terminal e foram encaminhados para as enfermarias por não se beneficiarem com o tratamento intensivo e com o objetivo da promoção de maior conforto. Três desses enfermos (4,10%) morreram nas UCC e 18 (4,78%) nas UCM, diferença não significativa estatisticamente.

Nas enfermarias o óbito dos pacientes foi precedido por discussão com os familiares sobre a gravidade do caso, em 18,35% (n=65) dos casos nas UCM e em 6,84% (n=5) dos casos nas UCC.

A análise do diagnóstico, confrontada às condutas prestadas aos pacientes, não mostrou significância estatística quando se comparou o grupo de pacientes com neoplasia maligna com os demais pacientes estudados das enfermarias. Porém nas UCC, o cuidado paliativo e a comunicação com os familiares sobre a gravidade dos casos foram observados apenas nos pacientes com diagnóstico de malignidade.

## 5 DISCUSSÃO

A constatação de que a morte no século XXI ocorre principalmente nos ambientes hospitalares tornou imprescindível que os profissionais dessas instituições aprendam a conviver e a tratar do indivíduo durante o processo do morrer. Esse fato reitera a necessidade crescente de promover a qualidade da assistência no final da vida. Para que essa assistência seja aprimorada é preciso identificar como são conduzidos os cuidados àqueles que estão morrendo.<sup>27</sup>

No estado de Santa Catarina, em 2004, a taxa de mortalidade verificada foi de 5,29%.<sup>28</sup> Os resultados deste trabalho mostraram que tanto a taxa de mortalidade institucional quanto a hospitalar foram as esperadas pelo Ministério da Saúde. Permite-se afirmar que nos setores estudados do HU/UFSC é prestada uma adequada assistência hospitalar.

Fins et al.<sup>24</sup> apontaram que 40,5% das mortes aconteceram na UTI do *New York Hospital*. No trabalho de Becker et al.<sup>25</sup> este percentual foi de 52%, destacando-se que 74% dos enfermos que morreram foram admitidos ou transferidos para a UTI do *Freiburg University Hospital*. Neste estudo constatou-se que a taxa de mortalidade na UTI foi maior que nas enfermarias (Tabela 1). Somados a esses dados, 36,74% do total de óbitos ocorreram na UTI, a despeito do HU/UFSC possuir apenas 07 leitos de UTI e 139 de enfermarias (84 leitos da UCM e 55 da UCC).

A procura de cuidados intensivos é potencialmente superior à oferta. Assim sendo, justifica-se a necessidade de distribuir os limitados serviços e bens aos doentes que deles mais podem beneficiar. Usualmente, quando as camas são escassas, a gravidade média dos doentes admitidos na UTI aumenta, aumentando a mortalidade: tendencialmente são admitidos os doentes que se beneficiam em menor grau com o tratamento intensivo.<sup>14</sup>

Embora seja esperado que a taxa de mortalidade nas UTI seja maior que nas enfermarias pode-se questionar o fato de que os ambientes de terapia intensiva não são os mais adequados para o cuidado ao qual o ser humano tem direito no fim de sua vida. Pode-se inferir que os cuidados intensivos devem ser reservados para os doentes com razoável potencial de recuperação.

A expectativa de vida da população brasileira é de aproximadamente 72 anos. Esse número tende a aumentar. Estima-se que 9% dos brasileiros terão mais de 65 anos em 2020.<sup>18</sup> A idade e o sexo são características naturalmente associadas ao uso de serviços hospitalares<sup>29</sup>

e não pode ser esquecido que o diagnóstico da patologia de base e a idade do paciente constituem os mais importantes preditores do risco de morte.<sup>30</sup>

Segundo o Ministério de Saúde<sup>28</sup> (2004), 60% dos óbitos em Florianópolis ocorreram em pessoas com mais de 60 anos. Toscani et al.<sup>31</sup> apontaram que a média de idade dos pacientes que morreram nas enfermarias italianas foi de 77 anos. No estudo de Ahmad and O'Mahony<sup>17</sup>, verificou-se que a grande maioria das pessoas com mais de 75 anos morreram em hospitais ou “*care homes*”. Nesse estudo é descrito que os idosos preferem ser cuidados em outro local diferente do que em casa, no intuito de não sobrecarregar suas famílias no estágio final da vida, atitude que difere dos pacientes com câncer, que preferem morrer no conforto de seus lares.

No presente trabalho, foi constatado que a média global de idade dos pacientes que morreram foi de 66,13 anos. Observou-se que os pacientes com mais de 60 anos morrem mais frequentemente nas enfermarias, aqueles que foram a óbito na UTI eram significativamente mais jovens (Tabela 2, Figura 1).<sup>32</sup> No entanto, um estudo anterior realizado na mesma UTI demonstrou que os pacientes que morreram eram mais velhos que aqueles que sobreviveram.<sup>33</sup>

Deve-se incentivar uma ampla discussão, principalmente com a população idosa em condição clínica terminal, de qual a sua preferência de tratamento no fim da vida. Morrer em casa é um valor que se resgata para escapar da solidão das UTI, da engenharia médica, da obstinação terapêutica e da indignidade no morrer.<sup>34</sup> É importante que toda a população seja conscientizada de que as UTI não oferecem ambiente adequado para tratamento durante o processo de morrer.

O gênero também é considerado um fator de risco de morte, estima-se que o sexo masculino é mais susceptível que o feminino. A diferença de mortalidade entre os sexos decorre de múltiplos fatores. Entre eles: a queda da mortalidade materna, a procura mais precoce das mulheres por assistência de saúde, diferenças fisiológicas como a maior predisposição masculina a eventos cardiovasculares e a maior prevalência de fumantes e etilistas no sexo masculino. Além disso, os homens morrem mais frequentemente vítimas de causas externas e violência.<sup>35</sup>

Na região metropolitana de Florianópolis, verifica-se que o sexo feminino predomina na população geral e nas internações hospitalares. No entanto, o sexo masculino apresenta maior número de óbitos hospitalares e domiciliares.<sup>28</sup> Neste estudo, os autores também apontaram um percentual significativamente maior de óbitos do sexo masculino.

O tempo médio de internação que precedeu o óbito dos pacientes foi semelhante nos diferentes setores hospitalares (Tabela 2). Contudo, Meregalli et al.<sup>36</sup> ao avaliarem o desfecho de 44 pacientes internados numa UTI geral do sul do Brasil mostraram que o tempo de permanência nessa unidade e no hospital foi maior nos pacientes que foram a óbito do que naqueles que sobreviveram. Os dados encontrados neste trabalho corroboram com essa afirmação.<sup>37</sup>

Neste estudo, houve maior prevalência de doentes que foram a óbito nas primeiras 24 horas após a admissão na UTI do que nas enfermarias (Tabela 3). Diante do relatado, os autores admitem que é esperado que os pacientes admitidos no hospital com instabilidade clínica, porém potencialmente reversíveis, sejam admitidos na UTI. Por esse motivo a mortalidade nas primeiras horas de internação é maior nessa unidade. Por outro lado, aqueles que sofrem de enfermidades crônicas degenerativas tendem a permanecer mais tempo internados antes que venham a óbito.

Toscani et al.<sup>31</sup> ao avaliarem o período da ocorrência dos óbitos nos hospitais italianos, descreveram que mais da metade das mortes ocorrem no período diurno. No HU/UFSC não foi evidenciada diferença quanto ao período em que os óbitos ocorreram. Indiretamente, pode-se inferir que a qualidade da assistência hospitalar prestada nesta instituição não se distinguiu quanto ao período de ocorrência das mortes.

No presente trabalho a análise dos diagnósticos primários à internação daqueles que morreram mostrou uma alta prevalência de doença crônica degenerativa (Tabela 4), tanto na UTI quanto nas enfermarias clínicas e cirúrgicas. Notou-se uma menor proporção de pacientes com doenças crônicas nas unidades cirúrgicas, o que pode ser justificado pela própria limitação do procedimento cirúrgico em pacientes vítimas de patologias crônicas e com múltiplas co-morbidades.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde<sup>38</sup> no ano de 2005 as doenças crônicas foram responsáveis pela morte de 35 milhões de pessoas. É relevante salientar que a população do Brasil e do mundo passou por profundas alterações em seu perfil epidemiológico e demográfico.<sup>28</sup> O declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas levou a um aumento substancial da expectativa de vida da população, da importância das doenças degenerativas crônicas no perfil de mortalidade dos países e da prevalência de limitações e co-morbidades.<sup>39</sup>

Neste trabalho, constatou-se que um número maior de pacientes com diagnóstico de SIDA morreu na UTI, quando se compara com aqueles que morreram nas enfermarias. Esse fato pode ter ocorrido pela menor faixa etária dos pacientes acometidos por essa doença e pelo

advento das novas drogas antiretrovirais, que tornou a SIDA uma doença crônica controlável e acarretou aumento considerável da sobrevida, deixando de ser uma sentença de morte.<sup>40,41</sup>

Carson e Bach,<sup>42</sup> em estudo multicêntrico que avaliou pacientes com condições graves e prolongadas internados em 37 UTI americanas, apontaram as principais causas de admissão na UTI e destacaram que 51% dos pacientes internaram por insuficiência respiratória, 33% por instabilidade hemodinâmica (incluindo sepse) e 16% por outras causas. Enfatiza-se que as intervenções em uma UTI são indicadas na presença de condições clínicas agudas que necessitem monitorização intensiva, independente do diagnóstico etiológico. Por outro lado, a existência de doença prévia deve ser ponderada no plano terapêutico, considerando que reduz a probabilidade de recuperação ou o benefício da terapia intensiva. Sendo assim, surge a necessidade de discutir quais os pacientes e em que estágio da doença os mesmo irão beneficiar-se de cuidados intensivos.

Os resultados deste trabalho mostraram que nas enfermarias cirúrgicas houve maior percentual de pacientes com o diagnóstico de neoplasia que foram a óbito. Esse fato pode ser explicado pelos objetivos das intervenções: a remoção cirúrgica constitui-se uma das principais medidas terapêuticas para tumores sólidos. O procedimento cirúrgico também pode ser feito para aliviar sintomas, com objetivo paliativo.<sup>43</sup> Destaca-se que na presença de doença neoplásica geralmente o óbito é mais freqüentemente considerado como esperado e irreversível, situação na qual os pacientes não se beneficiam de tratamento intensivo. O cuidado desses pacientes nas UTI geralmente é limitado.

Neste estudo, os óbitos pós-cirúrgicos ocorreram mais freqüentemente na UTI. O elevado risco inerente aos procedimentos de grande porte, as múltiplas co-morbidades dos pacientes condicionais de UTI no pós-operatório e a própria gravidade das condições cirúrgicas desses pacientes reiteram esse resultado.

Tendo em vista a importância de que seja estimulado o adequado tratamento dos pacientes durante o processo do morrer, os autores deste trabalho analisaram os cuidados e procedimentos que precederam o óbito dos enfermos no HU/UFSC.

A promoção de cuidados terminais em pacientes hospitalizados depende da habilidade dos médicos em reconhecer os pacientes em processo de morrer, em limitar terapêuticas consideradas fúteis ou inúteis e em fornecer um plano de cuidados paliativos.<sup>24</sup>

Futilidade terapêutica pode ser definida como uma medida cuja adoção pode prolongar o sofrimento e mesmo a morte, não sendo efetiva para corrigir ou melhorar as condições que ameaçam a vida. São procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados diante da

situação evolutiva e irreversível da doença, podem acrescentar sofrimento ao doente e à família.<sup>14,44</sup>

O tratamento paliativo é definido como cuidados totais prestados a pacientes com doença incurável, progressiva e irreversível que não respondem a qualquer tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais. O enfoque terapêutico é o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando equipes interdisciplinares, incluindo ações médicas, de enfermagem e psicológicas.<sup>45</sup>

O trabalho de Twomey et al.<sup>27</sup> mostra que os profissionais da saúde são capazes de reconhecer sintomas associados com a terminalidade e com a iminência da morte, na maioria dos pacientes. No entanto, frequentemente falham em abordar o tema com os doentes, negligenciando-lhes a prescrição para o adequado alívio dos sintomas. Em um estudo<sup>25</sup> que descreveu os cuidados no fim da vida dos pacientes que foram a óbito no *Freiburg University Hospital*, foi demonstrado que 36.7% dos óbitos foram precedidos do reconhecimento da terminalidade. Entretanto, em 59.3% dos pacientes que morreram não houve qualquer evidência de que tenha sido efetuado plano de conforto. Somente em 13.7% dos pacientes foi prescrito tratamento paliativo completo.

Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo. Contudo houve maior documentação quanto ao reconhecimento da terminalidade dos pacientes nas UCM e na UTI (Tabela 5). Nessas unidades, supõe-se que, no reconhecimento da terminalidade, havia a ordem implícita de não reanimar. Na UTI, esse reconhecimento esteve diretamente associado às decisões de recusa ou suspensão de terapêutica. Mas nas enfermarias, o reconhecimento da irreversibilidade da doença não necessariamente significou a elaboração de um plano paliativo, ordem formal de não reanimar ou retirada/ suspensão de terapia fútil.

Relembra-se a importância de que haja um consenso da terminalidade de uma doença antes desse tema ser abordado com o paciente e seus familiares. Nesse momento é primordial que haja um plano terapêutico de conforto para aquele que está morrendo e para seus entes queridos.<sup>46</sup> Quando a morte é inevitável, deve-se ter em mente que o prolongamento do morrer gera um alto custo financeiro, social e psicológico para o paciente, familiares e profissionais de saúde.<sup>12</sup>

Neste trabalho, verificou-se a conduta de recusa ou suspensão de terapêutica em 37,57% dos óbitos na UTI. Um estudo de âmbito nacional que aplicou um questionário anônimo aos médicos intensivistas que participavam do IX Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva constatou que a maioria dos profissionais (94%) já havia participado de discussões



sobre a recusa ou suspensão de um tratamento.<sup>47</sup> No estudo ETHICUS<sup>48</sup> a conduta de limitação ou suspensão de tratamentos ocorreu em 76% dos óbitos em 37 UTI de 17 países da Europa, chegando a mais de 80% dos óbitos nos Estados Unidos.<sup>49</sup>

Destaca-se que nas enfermarias estudadas a conduta mais freqüentemente recusada foi a internação na unidade de cuidados intensivos. Salienta-se que os pacientes que tiveram a admissão na UTI recusada e aqueles que morreram nas enfermarias, após 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, de uma maneira mais digna, com maior conforto e suporte emocional durante o morrer.

As relações médico-paciente, no Brasil, foram construídas sob um modelo paternalista e conservador.<sup>34</sup> Essas, à semelhança dos países sul-europeus, são caracterizadas por maior perseverança, menor proporção de limitação e menor freqüência de comunicação sobre as decisões com os pacientes e familiares, quando comparados a países do norte da Europa.<sup>26</sup> Essa realidade justifica a menor incidência da RST nesta UTI brasileira, em comparação com as européias ou norte-americanas.

Além disso, as medidas de limitação terapêutica ainda não estão integralmente incorporadas na prática médica por constrangimentos legais impostos pelo Código Penal Brasileiro, que data da década de 40, época em que as UTI nem sequer existiam.<sup>50</sup> Porém, em 2006, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.805/2006<sup>51</sup>, que definia ser permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, de enfermidade grave e incurável, em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Embora essa resolução tenha recebido grande apoio da população, houve decisão jurídica no que concerne a suspensão da mesma até que haja o seu julgamento final.

Provável também que em função dessa lacuna na legislação que médicos brasileiros prefiram aplicar ordens verbais e informais de não reanimar, de acordo com estudo realizado em 21 países.<sup>52</sup> No entanto, Deheinzelin<sup>53</sup> afirma que a ordem verbal de não reanimar pode conflitar com os princípios da Bioética, no que diz respeito à autonomia do paciente. Esses princípios definem que todo ser humano tem o direito de ser informado sobre as modalidades terapêuticas disponíveis para a sua situação clínica e sobre o prognóstico de sua enfermidade. Todas as decisões médicas devem ser documentadas no prontuário, que pertence ao paciente.<sup>44</sup>

Os pacientes que morreram nas enfermarias cirúrgicas deste estudo foram tratados de forma distinta das demais unidades.<sup>54</sup> Nas unidades cirúrgicas as manobras de RCP

precederam aproximadamente 35% dos óbitos e houve pouco registro sobre os cuidados fornecidos no fim da vida. Os cirurgiões interpretam a relação médico-paciente de modo racional/técnico. Sebastiani e Maia<sup>55</sup> afirmam que a cirurgia é uma especialidade da medicina voltada para a cura das doenças, com a atuação do profissional diretamente no local atingido, unindo, cortando ou retirando o que está prejudicando. Incluídas a essas questões, o cirurgião enfrenta com dificuldade a relação com o processo de morte e morrer, com as perdas irreversíveis impostas pelas doenças e com toda a angústia e sofrimento gerados por tais situações.

Os autores deste trabalho constataram que a documentação sobre as discussões com os familiares com o objetivo de esclarecer o prognóstico e as possibilidades terapêuticas dos pacientes foi pouco freqüente nas enfermarias. Na UTI, essas discussões fazem parte da rotina diária do setor.

No que concernem os cuidados e condutas no processo de morrer dos pacientes com neoplasia maligna, a literatura demonstra que geralmente as decisões de cuidados terminais e de alívio de sintomas são mais freqüentes nos pacientes com câncer do que nos enfermos com outras doenças.<sup>24,25,56,57</sup> Neste trabalho, verificou-se que na UTI a decisão RST foi percentualmente maior nos pacientes com neoplasia. Nas enfermarias, não foi constatada diferença no que concerne aos cuidados prestados aos pacientes com doença terminal de origem maligna ou não. Destaca-se que as neoplasias malignas possuem fatores preditivos de prognóstico e sobrevida mais bem estabelecidos, o que leva a maior ênfase para os cuidados paliativos nos pacientes oncológicos.

Jacobs et al.<sup>58</sup> ao investigarem a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no fim da vida identificaram barreiras e oportunidades institucionais para a promoção do melhor cuidado no final da vida. Os obstáculos identificados pelos autores foram: a ausência de “*guidelines*” e de metas comuns, a falta de autonomia do médico para lidar com a morte e comunicar as más notícias, a pobre relação médico-paciente, a inexperiência no controle dos sintomas, a baixa compreensão para assuntos éticos e legais, os incentivos financeiros para medidas curativas e o não planejamento diante de um mau prognóstico. As oportunidades apontadas para a adequação dos cuidados no fim da vida foram o incentivo ao apoio emocional aos doentes e aos seus familiares, a preparação para a perda, a melhoria da comunicação da equipe com pacientes e familiares, a assistência para assuntos legais, a elaboração de um plano paliativo com cuidados de higiene, de conforto e o controle da dor e do sofrimento.

Diante dos resultados encontrados, os autores permitem-se concluir que na UTI os pacientes que morreram eram mais jovens e o óbito foi mais frequentemente precedido de RST do que na UCM e UCC. Os pacientes eram mais comumente reconhecidos em processo de morrer na UTI e na UCM. Na maioria dos casos, não foi constatado planos de cuidados de conforto. A RCP foi mais comum na UTI e na UCC. Ordens NR usualmente não foram documentadas.

Quanto às implicações deste estudo para a prática clínica e pesquisa científica, o conhecimento do perfil dos pacientes que morrem no HU/UFSC, dos diagnósticos primários à admissão e da qualidade dos cuidados que estes receberam poderá incentivar a organização de um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais em todos os níveis de atenção.<sup>59-61</sup>

Apona-se como principal limitação deste trabalho o fato de tratar-se de um estudo retrospectivo onde a inferência em relação às condutas tomadas depende da qualidade da informação registrada nos prontuários.

Após a análise dos resultados e da bibliografia consultada<sup>62-66</sup>, os autores permitem-se sugerir: que seja estimulado o ensino sobre cuidados paliativos, que sejam realizadas pesquisas sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim da vida, incluindo-se a avaliação das preferências dos pacientes e de seus familiares acerca de tratamentos e de intervenções que os mesmos desejariam receber e que sejam implantados no HU/UFSC programas de otimização dos cuidados no fim de vida.

## 5 CONCLUSÃO

1. A taxa de mortalidade hospitalar e institucional foram maiores na UTI do que nas Unidades de internação da clínica médica e da clínica cirúrgicas do HU/UFSC.

2. As características clínicas e terapêuticas dos pacientes que morreram nas enfermarias foram diferentes das características daqueles que morreram na UTI.

3. Os doentes que morreram na UTI eram mais jovens, predominando pacientes do sexo masculino neste grupo. Nessa unidade houve maior percentual de óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação do que nas enfermarias.

4. Na UTI e na UCM, o diagnóstico primário de doença crônica degenerativa não maligna foi percentualmente maior. Aproximadamente metade dos pacientes que morreram na UCC apresentou o diagnóstico de neoplasia maligna.

5. A terminalidade das doenças foi mais reconhecida na UTI e na UCM. O óbito na UTI foi mais frequentemente precedido de RST do que nas enfermarias. Na maioria dos casos, não se identificou planos de cuidados de conforto. Ordens de não reanimar habitualmente não foram documentadas.

6. A RCP foi realizada mais rotineiramente na UTI e na UCC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana. In: Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. São Paulo: Santuário, 1993. p.305-6
2. Casarini K, Basile-Filho A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico Medicina (ribeirão preto) 2005; 38 (1) p.69-70
3. Goldman L, Ausiello D. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: Medicina como uma profissão humana e aprendida. In: Goldman L, Ausiello D. [tradução de Ana Kemper et al.]. Cecil, Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v1 22 ed. p.2-5
4. The SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274:1591-98.
5. Rabow MW, Pantilat S. Cuidados no final da vida. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. et al. Current Medicina Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 45a ed. p.65-82.
6. Billings A. O cuidado a pacientes terminais e às suas famílias. In: Goldman L, Ausiello D. [tradução de Ana Kemper et al.]. Cecil, Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v1 22 ed. p.11-16.
7. Solloway M, LaFrance S, Bakitas M, Gerken M. A chart review of seven hundred eighty-two deaths in hospitals, nursing homes, and hospice/home care. J Palliat Med. 2005;8(4): 789-96.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [atualizada em 1 maio 2008; Acesso em 1 maio 2008]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/arquivos/cartilha\\_do\\_cfm\\_ms.pdf](http://www.portalmedico.org.br/arquivos/cartilha_do_cfm_ms.pdf)
9. Floriani CA, Schramm FR Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004; 20 (4): 986-94.
10. Moritz R. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de terapia Intensiva. Rev Bras Terap Intens. 2007; 19(4):485-9.
11. Borges, RCB. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Jus Navigandi. 2005; 10 (871) [atualizada em 31 out 2007 ; Acesso em: 31 out. 2007]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7571>
12. Moritz RD - Dilemas éticos sobre o fim da vida. Rev Bras Terap Intens. 2003;15:3-4.

13. Machado FO; Basso G; Margarida CS; Moritz RD. Avaliação da qualidade e satisfação de vida dos pacientes antes da internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a alta hospitalar. *Rev. Bras. Terap. Intens.* 2007; 19 (1): 60-66.
14. Maia P. Ética em Medicina Intensiva. *Rev. port. med. intensiva.* 2001, 10(2): 193-195
15. Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Bras Terap Intens* 2004; 16(1): 14-21.
16. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública.* 2006 22 (8): 1755-60.
17. Ahmad and O'Mahony. Where older people die: a retrospective population-based study. *QJM.* 2005; 98 (12): 865-70.
18. Soares, M; Terzi, R; Piva, J. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med.* 2007 Jun; 33(6): 1014-7.
19. Hall RI, Rocker GM. End-of-Life Care in the ICU: Treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest.* 2000; 118(5): 1424-30.
20. Bitencourt, AG. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de terapia intensiva . *Rev. Bras. Terap. Intens.* 2007; 19(2): 137-43.
21. Travassos Claudia, Noronha José Carvalho de, Martins Mônica. Hospital mortality as an indicator of clinical performance: a review. *Ciênc. saúde coletiva.* 1999 4(2): 367-81.
22. Portaria N<sup>o</sup>031/DG-HU/2004
23. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Série A, normas e manuais técnicos, 2<sup>a</sup> edição Revista. Brasília: MS; 2002
24. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, et al. End-of-life decision-making in the hospital: current practice and future prospects. *J Pain Symptom Manage.* 1999; 17: 6-15.
25. G . Becker , R . Sarhatlic , M . Olschewski , C . Xander , F . Momm , H . Blum End-of-Life Care in Hospital: Current Practice and Potentials for Improvement *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33(6): 711 – 9.
26. Sprung CL; Woodcock T; Sjkovist P; Ricou B; Bulow HH, Lippert A, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med.* 2008; 34(2): 271-7.
27. Twomey F, McDowell DK, Corcoran GD. End-of-life care for older patients dying in an acute general hospital--can we do better? *Age Ageing.* 2007; 36(4):462-4.

28. Datasus.gov [homepage na Internet]. Brasil: Departamento de Informação e Informática do SUS, site oficial do Ministério da Saúde. [atualizada em 2008 Maio 08, acessado em 2008 Maio 08]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/>.
29. Castro, M. S. M. et al. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 795-811
30. Martins M; Travassos C; Noronha JC. Brazilian Hospital Database System as risk adjustment in performance indicators. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(2): 185-92.
31. 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; 30(1):33-40.
32. Rady MY; Johnson DJ. Admission to intensive care unit at the end-of-life: is it an informed decision? *Palliat Med* 2004; 18: 705-11.
33. Barboza D. Análise da incidência e evolução após 48 horas de admissão dos distúrbios do metabolismo ácido-básico em pacientes criticamente enfermos. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
34. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1749-54.
35. Maia FOM; Duarte YAO; Lebrão ML; Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1-7.
36. Meregalli A, Oliveira RP, Friedman G. Occult hypoperfusion is associated with increased mortality in hemodynamic stable, high-risk, surgical patients. *Critical Care*. 2004;8(2):60-5.
37. Sistema informática HU. Dados obtidos em 20/02/2008.
38. Who.org [homepage na Internet]. New York: World Health Organization, [atualizada em 2008 May 8 ; acesso em 2008 May 8 ]. Disponível em: <http://www.who.org/>
39. Kay-Tee Khaw How many, how old, how soon? *BMJ*. 1999; 319(7221): 1350-2.
40. Nickas G; Wachter RM. Outcomes of Intensive Care for Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection *Arch Intern Med*. 2000; 160:541-7
41. Katz MH; Zolopa AR; Hollander H. Infecção pelo HIV. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. et al. *Current Medicina Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 45a ed. p. 1227 -56.
42. Carson SS, Bach PB. Predicting mortality in patients suffering from prolonged critical illness: an assessment of four severity-of-illness measures. *Chest*. 2001; 120(3):928-33.
43. Rugo H. Cancer. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. et al. *Current Medicina Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 45a ed. p. 1535-93.

44. Emanuel EJ. Bioética na prática médica. . In: Goldman L, Ausiello D. [tradução de Ana Kemper et al.]. Cecil, Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v1 22 ed. p5-11.
45. Pastrana T; Jünger S; Ostgathe C; Elsner F; Radbruch L. A matter of definition \_ key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med.* 2008; 22; 222-32.
46. Piva JP. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. [atualizada em 2008 Maio 02, acessado em 2008 Maio 02]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/consideracoes.html>
47. 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): 21-28.
48. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. For the Ethicus Study Group. End-of-life practices in european intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA.* 2003; 290:790-7
49. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:1163-7.
50. Aguiar, AMFM. A ortotanásia e a Resolução CFM nº 1.805/2006. *Jus Navigandi.* 2007; 11 (1468). [atualizada em 2007 out 11, acessado em: 2007 out. 11]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10119>.
51. Resolução 1.805/2006 CFM. [atualizada em 2008 Maio 04, acessado em 2008 Maio 06]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)
52. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Vincent JL. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit results of a survey. *Arch Intern Med.* 2005;165:1970-5.
53. Deheinzeln D. Limitação e suspensão de tratamento. É hora de agir. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(6): 375-88.
54. Kelley AS; Gold HT; Roach KW; Fins JJ. Differential Medical and Surgical House Staff Involvement in End-of-Life Decisions: A Retrospective Chart Review. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(2) 110 -117
55. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde – hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir Brás.* [atualizada em 2008 Maio 05, acessado em 2008 Maio 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/acb>
56. Middlewood S, Gardner G, Gardner A. Dying in a hospital: medical failure or natural outcome? *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22:1035e1041



57. Van den Block L; Bilsen J; Deschepper R; Van der Kelen G, Bernheim JL, Deliens L. End-of-Life Decisions Among Cancer Patients Compared with Noncancer patients in Flanders, Belgium. *J Clin Oncol*. 2006; 24 (18) 2842-2848
58. Jacobs LG, Bonuck K, Burton W, Mulvihill M. Hospital Care at the End of Life: An Institutional Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24(3):291-298.
59. Van den Block L; Deschepper R, Drieskens K; Bauwens S, Bilsen J; Bossuyt N. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. *BMC Health Services Research*. 2007 7:9
60. 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.
61. Willard C; Luker K. Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliat Med*. 2006; 20: 611- 5.
62. Bolmsjo IA. End-of-Life Care for Old People: A Review of the Literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008; 20(10):1-11
63. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008; 148(2): 147-59.
64. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008; 148 (2):141-6.
65. Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*. 2008; 22(3):264-9
66. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008; 36(3): 953-63

## **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 27 de novembro de 2005.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS HOSPITALARES

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data da Investigação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Data Internação HU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Data do óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Local do Óbito: Enf Cir ( ) Enf CI ( ) 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?