

BRUNA HAHN ROSSO

**AVALIAÇÃO DA RECUSA E SUSPENSÃO DE
TERAPÊUTICA (RST) EM PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**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**

BRUNA HAHN ROSSO

**AVALIAÇÃO DA RECUSA E SUSPENSÃO DE
TERAPÊUTICA (RST) EM PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**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 Pereima

Orientador: Prof^ª. Dra. Rachel Duarte Moritz

Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Osni Machado

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Américo Cadorin Rosso e Maria Luíza Hahn Rosso, à minha irmã Ingrid Hahn Rosso e ao meu irmão Deórgelis Rosso, que são meus melhores amigos, pelo amor e carinho sempre presentes, pelo conforto nos meus dias de tempestade, que permitiram a realização do meu sonho de ser médica.

Aos meus orientadores, Rachel Duarte Moritz e Fernando Osni Machado, por toda a orientação, pela paciência, pela atenção, pelos sorrisos e pelos diversos ensinamentos, dos quais este trabalho compreende apenas uma pequena parcela.

Ao Ricardo Zaghetto Braga, pelo amor e felicidade que adiciona à minha vida, pelo apoio nas horas mais angustiantes, pela paciência durante a realização deste estudo e, principalmente, por me incentivar mesmo quando minhas forças pareceram não mais existir.

À Maíke Heerdt, pela amizade e companheirismo diário, principalmente frente às conquistas e às aflições durante a confecção deste estudo.

À Louise Cardoso Schweitzer, pelo ombro amigo que sempre me dispôs, pelas sábias palavras diante de tantas adversidades, por quem minha estima é imensurável.

A todos os amigos e colegas que fazem diferença na minha jornada diariamente, pelos inesquecíveis e melhores anos de minha vida, e que de alguma forma tenham me ajudado, especialmente à Graziela Zibetti Dal Molin, Ananda Porto de Matos Caixeta, Isadora Sgrott, Rúbia Battisti e Mariana Costa Silva que todos os dias me completam com suas diferenças.

A toda a equipe da UTI do Hospital Universitário, pelo acolhimento.

RESUMO

Objetivo: avaliar a frequência da RST em pacientes que morreram na UTI, verificar quais tratamentos foram suspensos/recusados, comparar as diferenças clínicas e epidemiológicas entre pacientes que tiveram ou não o óbito precedido por RST.

Método: foram analisados os dados de 277 pacientes que morreram entre julho/2004 e agosto/2007 no Hospital Universitário/UFSC (HU/UFSC). Foram anotadas as características clínicas, demográficas, terapêuticas desses pacientes. Os dados foram divididos em: Grupo Terapêutica Plena (GTP) daqueles referentes aos pacientes que morreram tratados com terapia plena e Grupo Recusa ou Suspensão de Terapêutica (GRST) daqueles relativos aos pacientes que tiveram óbito precedido por RST. Para análise estatística foram utilizados: testes *t* de Student, χ^2 (significante $p \leq 0,05$).

Resultados: a taxa de óbito na UTI foi 24,1%. Pertenceram ao GTP 177(63,9%) e ao GRST 100(36,1%) pacientes. A idade média do GRST foi maior que aquela do GTP (60,9/54,9 anos). Houve predomínio do sexo feminino no GRST ($p=0,05$). Essas pacientes eram mais velhas ($p<0,05$) e estavam mais tempo internadas na UTI. O tempo de internação hospitalar e na UTI foi maior no GRST ($p<0,001$). O APACHE II e as comorbidades foram semelhantes nos grupos. A causa admissional mais frequente nos pacientes do GRST foi insuficiência respiratória (44%, $p<0,05$). Drogas vaso-ativas foram recusadas/suspensas em 56% e antibioticoterapia em 20%.

Conclusão: RST precedeu 36,1% dos óbitos na UTI. Houve mais frequentemente RST nos pacientes com mais idade, admitidos por insuficiência respiratória, que permaneceram mais tempo internados na UTI e no Hospital. As terapêuticas mais comumente recusadas/suspensas foram drogas vaso-ativas e antibioticoterapia. Não houve recusa/suspensão da sedoanalgesia.

ABSTRACT

Objective: determining the incidence of withdrawal (WD) or withholding (WH) of therapy in patients who died in the Intensive Care Unit (ICU); identifying which treatments were more frequently gone under WD or WH; comparing the clinical and epidemiological characteristics between patients who had or not their death preceded by WD or WH life-supporting.

Method: a retrospective review was conducted of 277 patients, who died from July/2004 to August/2007. Parameters compared included patients clinical, demographic and therapeutic characteristics. Patients were divided in: Full Therapy Group (FTG), with patients who died receiving full therapy; and Withdrawal and Withholding of Therapy Group (WWTG), with those who had their death preceded by WD/WH therapy. For statistical analysis, it was used *t* student test, χ^2 . (significant $p \leq 0.05$).

Results: the ICU death rate was 24.1%. One hundred and seventy seven patients were included in FTG, and 100 in WWTG. The mean age in WWTG (60.9 years) was higher than in the FTG (54.9 years). Women were predominant in WWTG ($p=0.05$). These patients were older ($p<0.05$) and were placed for a longer period in the ICU. The length of hospitalization was longer in WWTG ($p<0.001$). APACHE II score and comorbidities rates were similar in both groups. The most frequent disease in WWTG was respiratory failure (44%, $p<0.05$). Vasopressors were gone under WD/WH life-supporting in 56%, and antibiotic therapy, in 20%.

Conclusion: WWT preceded 36.1% of deaths in the ICU. WWT was noticed more frequently in older patients, in respiratory failure and in those who stayed longer in the ICU and in the hospital. WD/WH of therapy was more common in the use of vasopressors and antibiotics. There was no WD/WH life-supporting in sedation and analgesia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE II	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i>
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
COH	Comissão de Óbito Hospitalar
DVA	Droga vaso-ativa
EUA	Estados Unidos da América
FAMOS	Falência de múltiplos órgãos e sistemas
GRST	Grupo Recusa ou Suspensão de Terapêutica
GTP	Grupo Terapêutica Plena
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
ManRCR	Manobra de ressuscitação cardiopulmonar
NS	Não significativa estatisticamente
PCR	Parada cardiopulmonar
RST	Recusa ou suspensão de terapêutica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES ESTUDADOS.....	7
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AO SEXO.....	7
TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO SEXO.....	8
TABELA 4 – PRINCIPAIS CAUSAS DE ADMISSÃO NA UTI DOS PACIENTES AVALIADOS.....	8
TABELA 5 - COMORBIDADES FREQUENTEMENTE ENCONTRADAS NOS PACIENTES ANALISADOS.....	9
TABELA 6 – PRINCIPAIS TERAPÊUTICAS RECUSADAS OU SUSPENSAS NO GRST.....	10

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. MÉTODO.....	5
3.1. Delineamento	5
3.2. Local.....	5
3.3. Amostra.....	5
3.4. Procedimentos.....	5
3.5. Análise estatística.....	6
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSSÃO.....	11
6. CONCLUSÕES.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
NORMAS ADOTADAS.....	20
ANEXO.....	21

1. INTRODUÇÃO

Durante a II Guerra Mundial, a necessidade de um local para assistência aos soldados vitimados e a escassez de equipes de enfermagem para manter os cuidados necessários exigiu a criação de uma sala onde a atenção intensiva pudesse ser assegurada, o que resultou na difusão de salas de recuperação.¹ A propagação do conceito de um local próprio para atenção intensiva aconteceu, por sua vez, em função da alta mortalidade provocada pelas epidemias de poliomielite ocorridas na Dinamarca e nos EUA na década de 50. Nessa época foi criado o centro de tratamento respiratório no Massachusetts General Hospital e em 1958, a primeira UTI multidisciplinar em Baltimore.²

No Brasil, a primeira UTI surgiu no ano de 1967 na cidade do Rio de Janeiro.³ No Estado de Santa Catarina, a primeira UTI foi inaugurada em 1968, no Hospital Governador Celso Ramos. Em 1983 inaugurou - se a UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UTI/HU/UFSC).⁴

Atualmente, a UTI é definida pela sua capacidade de prover tratamento a doentes críticos vítimas de doenças agudas ou de doenças crônicas com intercorrências agudas, ambas, potencialmente reversíveis. Havendo também indicação para a internação em UTI a necessidade da monitoração de pacientes potencialmente críticos e de fornecer cuidados terminais humanizados a pacientes improváveis de se recuperar.^{3,5-6}

Apesar de existirem crescentes evidências quanto à tendência das pessoas em quererem ser assistidas para morrerem em suas casas, numa busca do “morrer com dignidade”,^{7,8} a precariedade do atendimento domiciliar aos enfermos associado a ainda prevalente cultura paternalista preconizada por alguns médicos⁹ leva os doentes a procurarem assistência hospitalar na perspectiva da obtenção de uma morte digna através da assistência médica.¹⁰

Assim, a maioria dos óbitos acaba por ocorrer nos ambientes hospitalares, com frequência ainda mais pronunciada nas UTIs devido ao progressivo avanço tecnológico no campo do tratamento e do suporte de vida¹¹. Esse avanço permite manter os pacientes gravemente enfermos por um longo período de tempo na unidade. Porém, esses, muitas vezes, evoluem com falência de múltiplos órgãos e sistemas (FAMOS) e se tornam terminais, isto é, fora de possibilidades terapêuticas curativas, tendo a vida prolongada

artificialmente¹² e sem expectativas de recuperação, quando apenas medidas de conforto deveriam ser investidas.^{6,13}

Essas situações criam um dilema para os médicos intensivistas, colocados diante da necessidade de decisões sobre a RSTs consideradas fúteis ou inúteis,¹²⁻¹⁶ se há ou não obstinação terapêutica. Essa definida como comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados.¹⁷⁻¹⁸

Mesmo diante de formulações de consensos, de recomendações sobre limitação do tratamento fútil,¹⁹⁻²¹ de discussão sobre RST abrangendo diversos profissionais assistentes na UTI,¹⁵ da introdução de procedimentos médicos visando a promoção de alívio e conforto ao paciente terminal, que estão ocorrendo mundialmente, somados a confrontação crescente de que a maioria das mortes nas UTIs ocorre durante a renúncia à terapia de suporte de vida,²²⁻²⁹ esse contínuo dilema ainda provoca sofrimento no intensivista, o qual teme o julgamento dos seus colegas e da sociedade.

No Brasil, a escassez de legislação específica e de diretrizes médicas regularizando as práticas de limitação terapêutica,⁹ somado às leis vigentes no Código Penal Brasileiro, datado de 1940, época em que a medicina não tinha os avanços tecnológicos dispostos a partir dos anos 60 e que por conseguinte não permitem nenhuma limitação ou remoção de terapêutica, e a interpretação mais rigorosa do artigo 57 do Código de Ética Médica (CEM)³⁰ de 1998 (resolução CFM nº1246/1988) que diz “usar todo recurso disponível para o diagnóstico e tratamento em favor do paciente” leva ao temor desses profissionais intensivistas frente a decisões sobre o que julgam ser futilidade terapêutica. Entretanto, no mesmo CEM, o artigo 60 veda ao médico “exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”.

Conseqüentemente, cada vez mais tem sido suscitada a necessidade de que existam definições ético-legais sobre as decisões a serem tomadas no final da vida.^{12,14-15} Por esse motivo, o CFM elaborou a resolução 1805/2006 que estabelece em seu art. 1º. "ser permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal". Infelizmente, essa resolução foi colocada sob juízo pelo Supremo Tribunal Federal. Acontecimento que perpetua ainda mais a cultura da distanásia,

isto é, o prolongamento do morrer. Embora deva ser ressaltado que tanto juristas quanto religiosos defendem a morte no seu tempo certo.

Entretanto, não se pode deixar de lutar pelo adequado tratamento durante o processo do morrer. Para tal, é indispensável que a obstinação terapêutica seja evitada, visto que além de acarretar sofrimento desnecessário ao paciente e aos seus familiares, a futilidade terapêutica fere os princípios éticos da Beneficência, da Não Maleficência, da Justa Alocação de Recursos bem como o princípio da Autonomia.^{16,20,31}

Assim, diante da falta de recursos destinados à área da saúde, o alto custo do tratamento intensivo e a falta de vagas nas UTIs, é imposto que os recursos disponíveis sejam melhores utilizados. Concomitantemente, faz-se necessário que o perfil clínico descrito e prognóstico dos pacientes sejam o mais correto e fidedigno possível para que real vantagem do tratamento lhes seja instituído, não os leve a mortes eutanásicas e por fim investimentos já limitados não sejam desperdiçados.

Defronte do relatado e da necessidade que sejam conhecidas, de forma regionalizada, as características demográficas e clínicas dos pacientes internados em UTIs, propôs-se este trabalho que teve a finalidade de avaliar a frequência da RSTs consideradas fúteis ou inúteis nos óbitos ocorridos na UTI/HU/UFSC, o perfil clínico dos pacientes que morreram nessa unidade, e quais os tratamentos foram mais comumente suspensos ou recusados.

2. OBJETIVOS

- Verificar a frequência da recusa ou suspensão de terapêuticas consideradas fúteis ou inúteis nos óbitos ocorridos na UTI/HU/UFSC, no período de julho de 2004 a agosto de 2007.
- Comparar as diferenças epidemiológicas entre os pacientes cuja morte foi precedida ou não da RST.
- Constatar quais tratamentos foram mais comumente suspensos ou recusados.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Este foi um estudo observacional longitudinal retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC nº 375/05.

3.2 Local

Este trabalho foi realizado na UTI/HU/UFSC. Essa é uma UTI geral, composta por 7 leitos, ocupados por pacientes clínicos e cirúrgicos de diversas especialidades com idade superior a 14 anos.

3.3 Amostra

Foram incluídos no estudo todos os pacientes que foram admitidos e morreram na UTI/HU/UFSC, no período de julho de 2004 a agosto de 2007.

3.4 Procedimentos

Foi utilizada a ficha de investigação de óbitos hospitalares (Anexo I) que foi desenvolvida pelos membros da Comissão de Óbito Hospitalar (COH). Os autores foram consultados e permitiram a utilização dessa ficha para o presente trabalho.

O banco de dados para o presente estudo foi elaborado com base nas variáveis analisadas pela COH do HU e adaptada pelos autores para o trabalho. Foram colhidas informações referentes às características clínicas, demográficas e terapêuticas dos pacientes que morreram na UTI/HU/UFSC. Dessas características foram anotados o sexo e a idade dos pacientes assim como o tempo de internação no HU (referente ao tempo de internação na UTI somado ao tempo em que estiveram internados em outras unidades), o motivo e o tempo da internação na UTI, quais as comorbidades que os mesmos apresentavam e qual o valor do score e do índice APACHE II.³² Quanto à terapêutica, foi tabulado se foi efetuada RST e quais as medidas de suporte foram recusadas ou suspensas.

Foi utilizada a seguinte definição para as variáveis encontradas na ficha da COH:

Medidas de suporte de vida: utilização de drogas vaso-ativas (DVAs), medida ventilatória (ventilação mecânica), método dialítico (hemodiálise/ diálise peritoneal/ hemolenta), antibioticoterapia, realização de manobra de ressuscitação cardiopulmonar (ManRCR), sedação e analgesia.

Após a anotação dos dados, os mesmos foram divididos em dois grupos: Grupo Terapêutica Plena (GTP), daqueles referentes aos óbitos dos pacientes em que foi mantida a terapia plena até o momento da morte; e Grupo Recusa ou Suspensão de Terapêutica (GRST), daqueles relativos aos pacientes que tiveram óbito precedido por decisão de RST .

3.5 Análise Estatística

Após a coleta dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel para a análise dos resultados e para a confecção das tabelas. Para a análise estatística das variáveis quantitativas foi utilizado o teste *t* de Student, e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 através do programa Epi Info@ Version 6 (Center for Disease Control, Atlanta), sendo considerados como significantes os valores de $p \leq 0,05$. Resultados acima desse número foram considerados não significantes (NS).

4. RESULTADOS

No período de julho de 2004 a agosto de 2007, 1148 pacientes foram admitidos na UTI/ HU / UFSC. Desses, 277 morreram na unidade e foram inclusos neste estudo. A taxa de óbito hospitalar encontrada foi de 24,1%.

Foram incluídos no GTP 177 óbitos (63,9%) e no GRST 100 óbitos (36,1%).

Os aspectos clínicos e demográficos dos pacientes avaliados no estudo podem ser observados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos pacientes estudados

VARIÁVEIS	GTP* (n= 177)		GRST† (n= 100)		Teste Estatístico (p)‡	Total (n= 277)	
	Média	± DP§	Média	± DP§		Média	± DP§
Idade (anos)	54,9	17,8	60,9	17,6	< 0,01	57,1	17,9
Tempo UTI (dias)	3,7	5,2	7,9	13,2	< 0,001	5,2	9,2
Tempo internação HU (dias)	10,2	14,5	18,2	25,5	< 0,001	13,0	19,6
Escore APACHE II	30	9,8	28,5	8,4	N.S.	29,5	9,3
Índice APACHE II	70,8	25,0	66,4	22,9	N.S.	69,2	24,3

* grupo dos óbitos em que foi mantido Terapêutica Plena;

† grupo dos óbitos precedidos por Recusa ou Suspensão de Terapêutica;

‡ Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p \leq 0,05$. N.S.: não estatisticamente significativo;

§ Desvio Padrão + ou -.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

SEXO	GTP* (n=177)		GRST† (n=100)		Teste Estatístico (p)‡	Total (n= 277)	
	N	%	N	%		N	%
Feminino	56	56,5	43	43,5	0,05	99	36
Masculino	121	68	57	32		178	64

* grupo dos óbitos em que foi mantido Terapêutica Plena;

† grupo dos óbitos precedidos por Recusa ou Suspensão de Terapêutica;

‡. Teste χ^2 , considerado significativo um $p \leq 0,05$. N.S.: não estatisticamente significativo.

Tabela 3 - Características demográficas e clínicas dos pacientes em relação ao sexo

VARIÁVEIS	FEMININO			MASCULINO		
	GTP* (n= 56)	GRST† (n= 43)	Teste Estatístico	GTP* (n= 121)	GRST† (n= 57)	Teste Estatístico
	Média	Média	(p)‡	Média	Média	(p)‡
Idade (anos)	55,8	63,2	< 0,05	54,2	59,3	N.S.
Tempo UTI (dias)	4	9,4	< 0,01	3,6	6,7	< 0,05
Tempo internação HU (dias)	12,4	20,2	N.S.	9,2	16,7	< 0,05
Escore APACHE II	30,6	30,3	N.S.	29,9	27,2	N.S.
Índice APACHE II	72,1	70,6		70,4	63	

* grupo dos óbitos em que foi mantido Terapêutica Plena;

† grupo dos óbitos precedidos por Recusa ou Suspensão de Terapêutica;

‡ Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste *t* de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p \leq 0,05$. N.S.: não estatisticamente significativo.

Na Tabela 4 são descritas as principais causas que motivaram a internação dos pacientes na UTI. Deve ser ressaltado que alguns pacientes apresentavam mais de um fator que motivou a sua internação nesse setor.

Tabela 4 – Principais causas de admissão na UTI dos pacientes avaliados

CAUSAS DE ADMISSÃO NA UTI	GTP* (n= 177)		GRST† (n= 100)		Teste Estatístico (p)‡	Total (n=277)		
	N	%	N	%		N	%	
	Insuficiência respiratória	54	27,8	44		36,1	< 0,05	98
Instabilidade hemodinâmica	68	35,0	23	18,8	< 0,01	91	28,8	
Disfunção neurológica	24	12,4	19	15,6	N.S.	43	13,6	
Pós parada cardiorrespiratória	12	6,2	8	6,5	N.S.	20	6,4	
Pós - operatório	Eletivo	12	6,2	6	5,0	N.S.	18	5,7
	Urgência	18	9,3	13	10,6		31	9,8
Outros	6	3,1	9	7,4	N.S.	15	4,7	

* grupo dos óbitos em que foi mantido Terapêutica Plena;

† grupo dos óbitos precedidos por Recusa ou Suspensão de Terapêutica;

‡ Teste χ^2 , considerado significativo um $p \leq 0,05$. N.S.: não estatisticamente significativo.

Na tabela 5 estão demonstradas as comorbidades mais freqüentemente encontradas nos pacientes do estudo. Ressalta-se que as patologias descritas na tabela não apresentavam a classificação quanto ao grau de gravidade nas fichas analisadas.

Tabela 5 - Comorbidades freqüentemente encontradas nos pacientes analisados

COMORBIDADES	GTP* (n= 177)		GRST† (n= 100)		Teste Estatístico (p)‡	Total (n=277)	
	N	%	N	%		N	%
Diabetes mellitus	27	18,9	20	19,8	N.S.	47	19,3
HAS	42	29,4	28	27,7	N.S.	70	28,7
Cirroze	16	11,2	8	7,9	N.S.	24	9,8
DPOC	15	10,5	13	12,9	N.S.	28	11,5
Neoplasia avançada	17	11,9	16	15,8	N.S.	33	13,5
Insuficiência renal crônica	16	11,2	8	7,9	N.S.	24	9,8
HIV - SIDA	10	7,0	8	7,9	N.S.	18	7,4

* grupo dos óbitos em que foi mantido Terapêutica Plena;

† grupo dos óbitos precedidos por Recusa ou Suspensão de Terapêutica;

‡ Teste χ^2 , considerado significativo um $p \leq 0,05$. N.S.: não estatisticamente significativo.

No estudo foi constatado que 100 pacientes tiveram RST precedendo os óbitos, desses 17 (17%) tiveram terapêutica plena mantida sendo recusada apenas realização de ManRCR. Nos 83 enfermos restantes, houve recusa ou suspensão de outro tipo de terapêutica adicional.

Na tabela 6 estão discriminadas as principais terapias recusadas ou suspensas que precederam os óbitos do GRST.

Tabela 6 - Principais terapêuticas recusadas ou suspensas no GRST

TERAPÊUTICAS RECUSADAS OU SUSPENSAS	N = %
Droga vaso-ativa	56
Método dialítico	18
Antibioticoterapia	20
Reajuste de modalidade ventilatória	9
Instituição de nova terapia	2
Recusado toda terapia, exceto sedoanalgesia	7

5. DISCUSSÃO

A UTI é a unidade destinada para o tratamento de pacientes críticos, vítimas de doenças potencialmente reversíveis e para aqueles com doença potencialmente crítica.^{3,5-6,13,20} Nas UTIs, podem ser considerados pacientes vítimas de doença terminal aqueles que evoluem com FAMOS, secundária à doença aguda ou crônica. É discutível a indicação de internação em UTI para o conforto de pacientes vítimas de doenças terminais. Tal discussão é decorrente da falta de leitos disponíveis em UTI, do alto custo do tratamento nessas unidades e da dinâmica operacional das mesmas, que em muitas oportunidades aumenta o desconforto do doente. Entretanto, o contínuo desenvolvimento das tecnologias empregadas na UTI, em muitas ocasiões, permite que o morrer seja prolongado e obriga o médico intensivista a tomar decisões sobre a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.^{9,16,20,31,33}

Neste estudo, a taxa de mortalidade na UTI foi de 24,1%. A RST precedeu 36,1% (100 pacientes) dos óbitos nesta unidade. Esses dados são encontradas dentro da variação mundial descrita na literatura revisada.^{10,22-29,34-40} Constatou-se um aumento percentual em relação a um estudo realizado entre 1999 a 2001, na mesma unidade, por Moritz & Pamplona,³⁴ onde foi demonstrada uma RST de 32%. Embora essa diferença não tenha sido significativa, pode-se sugerir que tenha decorrido do amadurecimento dos profissionais do serviço através do esclarecimento do conceito de futilidade terapêutica,¹⁵ das discussões vivenciadas no país sobre as decisões a serem tomadas no final da vida, como aquelas presenciadas acerca da Resolução 1805/2006 do CFM, além do acesso a recomendações sobre limitação de tratamento fútil encontradas nas bibliografias mais usadas pelos profissionais da área.^{20,31}

Diversos estudos realizados em países desenvolvidos também avaliaram a frequência de limitações terapêuticas precedendo os óbitos. Prendergast, Claessens & Luce²² em um estudo multicêntrico que avaliou 6.303 pacientes, relataram prevalência de RST precedendo 70% dos óbitos. Resultados semelhantes foram descritos em estudos canadense²³ e europeus.²⁴ Embora esses percentuais maiores de limitação terapêutica tenham sido descritos, dados semelhantes ao do presente estudo também foram relatados em diversos outros países, nos quais instituições públicas e/ou universitárias foram avaliadas.^{10,25,28,34-40} A análise dos estudos permite inferir que ainda há variação importante da adesão a medidas de limitação terapêutica por médicos intensivistas e que diversidades culturais, religiosas, sociais,

econômicas e legais entre os países, certamente justificam as diferenças encontradas.^{24,26,33,35,39,41,42}

Apesar da crescente tendência de não se admitir nas UTIs pacientes com prognóstico reservado haja vista a pequena alteração da história natural da doença com o emprego de tratamento intensivo,^{20,43} suposições podem ser feitas para explicar a maior frequência de RST encontrada em UTI de instituições privadas^{22-24,26,29} em relação às públicas.^{10,25,28,34-37} Em instituições privadas o paciente é considerado cada vez mais cliente e como tal paga pelo serviço prestado, a pressão familiar prepondera e, a fim de evitar conflitos com familiares, outros critérios são levados em consideração para a admissão na UTI, já que o bem estar do paciente é visto por esses de outra forma.⁴⁴ Contudo, com o passar dos dias, a irreversibilidade do quadro dos pacientes criticamente enfermos com baixa probabilidade de recuperação torna evidente a obstinação terapêutica, o que pode explicar a alta prevalência de óbitos precedidos por RST nestas instituições. Por outro lado, a escassez de leitos nas UTIs de hospitais públicos, em relação à grande demanda exigida freqüentemente conduz a maior racionalização dos recursos disponíveis precocemente nesses setores.^{8,32,39,43} Nessas circunstâncias, é provável que a admissão na UTI de paciente considerado com baixa probabilidade de sobrevivência seja negada, a fim de que os recursos sejam direcionados para aquele com grande chance de benefício.

Na América do Sul, Gerhardi *et al.*¹⁰ mostraram 45,6% de RST nos 548 óbitos avaliados em UTIs de Buenos Aires. No Brasil, foram expostas por Bitencourt *et al.*²⁹ medidas sugestivas de limitação terapêutica em 59,7% dos pacientes que morreram em UTI de um hospital privado nordestino. Essas diferenças em relação ao presente trabalho podem ser decorrentes do fato de que o estudo argentino seguiu a tendência dos padrões dos países desenvolvidos europeus, já que neste país a colonização foi predominantemente européia. Por outro lado, o valor de RST mais baixo que nos estudos supracitados pode ter ocorrido por esse ter sido realizado em um hospital público. O contrário explica os achados do estudo nordestino, já que nesta região brasileira há maior heterogeneidade cultural e o hospital estudado era de característica privada.

Além das diversidades culturais e financeiras serem determinantes na decisão da limitação terapêutica, outros fatores, como qualidade de vida prévia do paciente, prognóstico da doença de base, comorbidades, diagnóstico de admissão na UTI têm sido reportados como influenciadores na decisão de RST.^{26-29,32,36,40} Neste estudo a gravidade do quadro clínico dos pacientes avaliada através do score e índice APACHE II não mostrou diferença entre os

grupos analisados, sendo corroborado pelos achados em outros trabalhos.^{27,29,32,45} Diferença significativa também não foi verificada no que concerne à frequência de antecedentes patológicos no grupo de pacientes com RST, significando que a presença de comorbidades não foi fator de risco e nem motivo para limitação terapêutica durante a internação na UTI, embora o predomínio percentual de comorbidades tenha ocorrido nesse grupo. Resultados semelhantes foram apontados em estudos prévios realizados no Brasil.^{29,33,43} Entretanto, trabalhos internacionais divergem desses resultados.^{22,24-25,36}

Mesmo que o motivo de admissão na UTI isoladamente não possa predizer o desfecho dos pacientes, constatou-se neste estudo relação entre os pacientes do grupo RST e admissão por insuficiência respiratória ($p<0,05$), assim como houve relação entre os pacientes do GTP e admissão por instabilidade hemodinâmica ($p<0,01$). A constatação da instabilidade hemodinâmica estar mais presente como causa admissional na UTI dos pacientes que tiveram terapia plena pode ser explicada pelo fato dessa ser uma condição aguda, encontrada em casos de choque séptico, hipovolêmico ou cardiogênico, passíveis de rápido tratamento e recuperação ou morte precoce pela gravidade do quadro. Portanto, é menos comum que pacientes com quadros de choque se tornem cronicamente enfermos nas UTIs, grupo para o qual é mais comum a necessidade da RST. Por outro lado, os doentes que internam por insuficiência respiratória, comumente sofrem de doença pulmonar obstrutiva crônica ou de múltiplas comorbidades, fatos relacionados ao maior tempo de internação em UTI. A insuficiência respiratória como causa admissional de maior prevalência nos pacientes com limitação terapêutica prévia aos óbitos também foi verificada em outros estudos nacionais e internacionais.^{24,29,34,35}

Nos trabalhos revisados mundialmente,^{10,22-29,34-40} a limitação terapêutica foi mais comumente referida nos pacientes com maior idade^{10,23-26,29,34-38,40} e naqueles internados por tempo mais prolongado na UTI.^{23-25,29,35,37} Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo.

O fato de, neste trabalho, ter sido constatado que a RST foi mais comum nas mulheres pode ser explicado pelo predomínio do sexo feminino na população idosa.^{46,47} Associa-se à constatação de que as mulheres permaneceram mais tempo internadas na UTI. Como foi comentado, o tempo de internação e a idade são diretamente proporcionais à RST. Portanto, como as pacientes do sexo feminino eram mais idosas e permaneceram mais tempo internadas na UTI, não se pode afirmar que somente o sexo tenha relação com a decisão de RST. Estudos internacionais não demonstraram diferenças quanto ao sexo dos pacientes que

tiveram a morte precedida de limitação terapêutica,^{23-25,27,29,34-37,40} ainda que tenha sido apurado um predomínio percentual do sexo masculino.^{23-25,34,36,37,40}

Embora se encontre relativa diversidade entre os estudos revisados,^{23,25,26,28,29,34,35,37,38,40} em relação aos principais tratamentos suspensos ou recusados, é fato comprovado que DVAs, modalidade ventilatória e métodos dialíticos, compõem o cenário principal da limitação de medidas de suporte em UTIs.^{23,25,26,28,29,35,37,38,40} Fato que pode ser explicado por serem as DVAs, a assistência ventilatória e os métodos de substituição renal às terapêuticas mais comumente associadas ao tratamento do paciente crítico. Neste trabalho, as terapêuticas mais frequentemente recusadas ou suspensas foram as DVAs, seguidas por antibioticoterapia, métodos dialíticos e reajuste de modalidade ventilatória. Dados semelhantes são apontados em outros estudos.^{34,40}

Pode-se discutir o porquê de ser tão pouco recusada ou suspensa a administração de dieta e de sedoanalgesia aos pacientes com doença terminal em UTI. Esse fato pode ser explicado pela origem cultural do ser humano que considera a alimentação um direito inalienável. Outro direito indiscutível do ser humano é a morte digna, e não existe morte digna com dor. Portanto, é direito do ser humano receber adequada sedoanalgesia durante o processo de morrer. Esses fatos explicam o porquê das drogas sedoanalgésicas e da nutrição serem as últimas terapêuticas recusadas ou suspensas. Corrobora com essa afirmação o fato de, neste estudo, todos os pacientes terem recebido sedoanalgesia até o momento da morte.

Um dos fatores limitantes deste trabalho foi o fato de ser um estudo observacional retrospectivo que não permitiu a análise direta dos dados avaliados. Por esse motivo, pode-se apenas sugerir que o sexo feminino esteja relacionado à maior RST por ter sido verificado que as mulheres pertenciam a uma faixa etária maior e estavam por um maior período de tempo internadas na UTI. Outro viés de aferição é o fato de que a recusa de manobras de RCR não é considerada por muitos médicos como uma RST e conseqüentemente não é descrita no prontuário, portanto, esse fato pode ter sido subestimado.

Visando ao melhor tratamento dos pacientes no final da vida internados em UTI, os autores permitem-se a sugestão de que sejam elaborados e divulgados protocolos que visem a Ações Paliativas nas UTIs, fazendo suas as palavras de Gherardi¹⁰: “Cuidar do paciente em busca de uma morte digna, quando já não é possível a recuperação, significa não fazer algumas coisas, deixar de fazer outras, e em troca empreender muitas que permitam enriquecer a comunicação com a família, aliviar a dor e o sofrimento, e favorecer a intervenção de toda a equipe médica”.

6. CONCLUSÕES

Os autores do trabalho permitem a conclusão:

1. A RST considerada fútil ou inútil precedeu 36,1% dos óbitos na UTI, no período de julho de 2004 a agosto de 2007.
2. Houve mais freqüentemente RST nos pacientes com mais idade, admitidos por insuficiência respiratória, e que permaneceram mais tempo internados na UTI e no Hospital.
3. As terapêuticas mais comumente recusadas ou suspensas foram a administração de drogas vaso-ativas e antibioticoterapia. Em nenhum momento houve recusa ou suspensão da sedoanalgesia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sccm.org [homepage na Internet]. Illinois: Society of Critical Care Medicine; c2001-2008 [atualizada em 2008 May 23; acesso em 2008 May 23]. History of Critical Care [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx.
2. Araújo Neto JP. Centro de tratamento intensivo e anestesiologia. Rev Bras Anesthesiol. 1983;33(1):63-5.
3. Costa JL. Falta de Leitos de UTI: a ponta do iceberg. Atualidades AMIB. 2003;28(2):10-2.z
4. Costa NS. Validação do sistema APACHE II na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário – UFSC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;1994.
5. Machado FO, Moritz RD. Critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva. In: Corrêa Neto Y, Sobierajski A, Valin RC. Manual de Terapêutica Clínica/ Associação Catarinense de Medicina. 2a ed. Florianópolis: Expert Cópias & Gráfica Expressa. 1999. p 504-6.
6. Luce JM. Abordagem do paciente em uma Unidade de Tratamento Intensivo. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil Tratado de Medicina Interna 22th ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 2005. p. 676-8.
7. Heyland DK, Rocker GM, O’Callaghan CJ, Dodek PM, Cook DJ. Dying in the ICU: perspectives of family members. Chest. 2003 Jul;124(1):392-7.
8. Middlewood S, Gardner G, Gardner A. Dying in hospital: medical failure or natural outcome? J Pain Symptom Manage. 2001 Dec;22(6):1035-41.
9. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. Intensive Care Med. 2007 Jun;33(6):1014-7.
10. Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tavella M, Sarquis S, Irrazabal C. [Death in na intensive care unit. Influence of life support withholding and withdrawal]. Medicina (B Aires). 2006;66(3):237-41.
11. van der Heide A, 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 Aug 2;362(9381):345-50.
12. Athanazio RA, Barbeta MC, Bitencourt AGV, Neves FS, Torreão LA, Agareno SS, *et al*. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2005;17(3):181-4.
13. Klepstad P, Gisvold SE. End-of-life care in intensive care units save lives that can be saved, offer the dying a peaceful and dignified death. Acta Anaesthesiol Scand. 2003 May;47(5):499-500.

14. Moritz RD. Os Profissionais de Saúde diante da Morte e do Morrer. *Bioética*. 2005;13(2):51-63.
15. Moritz RD, Nassar MS. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;16(1):14-21.
16. Sharma BR. Withholding and withdrawing of life support: a medicolegal dilemma. *Am J Forensic Med Pathol*. 2004 Jun;25(2):150-5.
17. Polêmica: É um direito do médico suspender tratamentos? *Revista Diálogo Médico* [periódico na Internet]. 2007 May/Jun [acesso em 2008 Feb]. Disponível em: http://www.dialogomedico.com.br/dm/2007_0506/secoes/polemica_PT.htm.
18. Jus Navegandi [homepage na Internet] Teresina: Jus Navegandi. c1996-2008 (acesso em 2007 Dec]. *Doutrinas – Biodireito – Eutanásia, ortotanásia e distanásia* [aproximadamente 12 telas] Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7571>.
19. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, *et al*. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2001 Dec;29(12):2332-48.
20. American Heart Association. Advanced Cardiovascular Life Support: part 2. *Circulation*. 2005;112:IV-6-IV-11.
21. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Am Rev Respir Dis*. 1991;144:726-31.
22. 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 Oct;158:1163-7.
23. Keenan SP, Busche 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 Aug;25(8):1324-31.
24. Sprung CL, Cohn SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, *et al*. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003 Aug 13;290(6):790-7.
25. 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 Jan 6;357(9249):9-14.
26. Turner S, Michell WL, Morgan CL, Benatar SR. Limitation of life support: frequency and practice in a London and a Cape Town intensive care unit. *Intensive Care Med*. 1996 Oct;22(10):1020-5.
27. Eidelman LA, Jakobson DJ, Worner TM, Pizov R, Geber D, Sprung CL. End-of-life intensive care unit decisions, communication, and documentation: an evaluation of physician training. *J Crit Care*. 2003 Mar;18(1):11-6.
28. Buckley TA, Joynt GM, Tan PY, Cheng CA, Yap FH. Limitation of life support: frequency in a Hong Kong intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004 Feb;32(2):415-20.
29. Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FB, Almeida AM, de Melo RM, Albuquerque LC, *et al*. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;19(2):137-43.

30. O CREMESC [homepage na Internet]. Florianópolis: Conselho Reginal de Medicina do Estado de Santa Catarina. c2000-2008 [acesso em 2008 May]. Ética médica [aproximadamente 14 telas]. Disponível em: <http://200.102.6.108/homepage/codigo.htm>.
31. Winter B, Cohen S. ABC of intensive care: withdrawal of treatment. *BMJ*. 1999 Jul 31;319(7205):306-8 .
32. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13(10):818-29.
33. Vincent LJ. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly*. 2004 Feb 7;134(5-6):65-8.
34. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.
35. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Med*. 2005 Apr;31(4):562-7.
36. Azoulay E, Pochard F, Garrouste-Orgeas M, Moreau D, Montesino L, Adrie C, *et al*. Decisions to forgo life-sustaining therapy in ICU patients independently predict hospital death. *Intensive Care Med*. 2003 Nov;29(11):1895-901.
37. Estéban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, *et al*. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001 Nov;27(11):1744-9.
38. Gajewska K, Schroeder M, De Marre F, Vincent JL. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in a Belgian intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2004 Jun;30(6):1224-7.
39. Kapadia F, Singh M, Divatia J, Prya V, Udwardia FE, Raisinghaney SJ, *et al*. Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. *Crit Care Med*. 2005 Jun;33(6):1272-5.
40. Nolin T, Andersson R. Withdrawal of medical treatment in the ICU. A cohort study of 318 cases during 1994-2000. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003 May; 47(5):501-7.
41. Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, *et al*. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2007 Oct;33(10):1732-9.
42. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, *et al*. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med*. 2005 Sep 26;165(17):1970-5.
43. Batista CC, Júnior MA, Sztiler F, Goldim JR, Fritscher CC. Futilidade terapêutica e insuficiência respiratória: realização de um estudo de coorte prospectiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):151-60.
44. 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.
45. Moritz RD, Schwingel RF, Machado FO. Critérios pronósticos de pacientes graves: comparação entre a percepção dos médicos e o Índice APACHE II. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17(3):176-80.

46. Saude.gov.br [homepage na Internet]. Brasil: Ministério da Saúde [acesso em 2008 May 12]. Demografia [aproximadamente 4 telas]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>.
47. CDC.org [homepage na Internet].Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [atualizada em 2007 Dec 5; acesso em 2008 May 13] NCHS - Tendencias em la salud y el envejecimiento. Disponível em:
<http://209.217.72.34/aging/TableView/tableView.aspx?ReportId=438>.

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.

ANEXO

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 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:

Nº 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? _____